

ความชุกของพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ
ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

นายวิสุทธิ ดิสงานูรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

PREVALENCE OF COMPULSIVE SEXUAL BEHAVIOR IN MEN WHO HAVE SEX WITH
MEN WHO RECEIVE THE SERVICES AT THE ANONYMOUS CLINIC,
THAI RED CROSS AIDS RESEARCH CENTRE

Mr. Visut Dispanurat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความชุกของพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศของชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
โดย	นายวิสุทธิ ดิสนานูรัตน์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ชุติมา หุ่มเรืองวงษ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัชมน กัลยาศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ชุติมา หุ่มเรืองวงษ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(แพทย์หญิง ดุจฤดี อภิวงษ์)

วิสุทธิ ดิสถานุรัตน์: ความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (Prevalence of Compulsive Sexual Behavior in Men Who Have Sex with Men Who Receive the Services at the Anonymous Clinic, Thai Red Cross AIDS Research Centre)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. พญ. ชูติมา หุ่มเรื่องวงษ์, 97 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ข้อมูลเก็บจากกลุ่มตัวอย่าง 151 คน เป็นชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 22 พฤศจิกายน 2554 จนถึง 15 กุมภาพันธ์ 2555 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ แบบวัดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ (Sexual Compulsivity Scale – SCS) แบบคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (Thai GHQ-12) และแบบวัดความวิตกกังวลแบบติดตัว (STAI Form-Y) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์, การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Independent t-test, One-way ANOVA และสมการถดถอยแบบ Logistic ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 12.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ และหลังจากการวิเคราะห์ในระดับ multivariate โดยการควบคุมตัวแปรอื่นที่พบความสัมพันธ์ในการวิเคราะห์ในระดับ univariate อันได้แก่ สถานภาพการมีคู่ สภาวะสุขภาพจิต ความวิตกกังวลแบบติดตัว และจำนวนคู่นอน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศได้แก่ เวลาเฉลี่ยต่อวันที่ใช้ไปกับเรื่องเพศ และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลการศึกษาที่ได้บ่งบอกว่าการคัดกรองพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการชี้บ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอันเป็นต้นเหตุหลักของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา.....2554.....

5374806430: MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: COMPULSIVE SEXUAL BEHAVIOR / MEN WHO HAVE SEX WITH MEN /
SEXUAL COMPULSIVITY / SEXUAL ADDICTION / HIV

VISUT DISPANURAT: PREVALENCE OF COMPULSIVE SEXUAL BEHAVIOR IN
MEN WHO HAVE SEX WITH MEN WHO RECEIVE THE SERVICES AT THE
ANONYMOUS CLINIC, THAI RED-CROSS AIDS RESEARCH CENTRE.

ADVISOR: ASST. PROF. CHUTIMA ROOMRUANGWONG, M.D.; 97 pp.

This cross-sectional descriptive study sought to study the prevalence of compulsive sexual behavior in men who have sex with men and the factors related to this behavior. Data were collected from men who have sex with men who receive the services at the Anonymous Clinic, Thai Red Cross AIDS Research Centre (n=151) during the period between November 22, 2011 to February 15, 2012. The research instruments were a demographic questionnaire, the sexual behaviors, the Thai Sexual Compulsivity Scale, the Alcohol Use Disorder Identification, the Thai General Health Questionnaire 12, and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y). The data was analyzed by using descriptive statistics, Spearman's correlation co-efficient, Chi-square test, Independent T-Test, Kruskal-Wallis H-test, and Logistic Regression analysis where appropriate.

The results showed a 12.6% (n=19) of the population sample having a sign of compulsive sexual behavior. Main factors associated with the increased score are the average time spent daily for sexual activities and the sexual risk behavior when controlling for relationship status, mental health status, level of trait anxiety, and number of partners. These data indicate that the screening of compulsive sexual behavior may be able to serve as an indicator to detect HIV-associated sexual risk behaviors in men who have sex with men.

Department : Psychiatry.....Student's Signature.....

Field of Study : Mental Health.....Advisor's Signature.....

Academic Year: 2011.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ชุติมา หุ่มเรืองวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และความช่วยเหลือทางความรู้ ตลอดจนตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบอันประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมีน กัลยาศิริ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และแพทย์หญิง ดุจดดี อภิวงษ์ กรรมการสอบ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และการตรวจแก้ไขปรับปรุง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมีน กัลยาศิริ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุญธรวัชชัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล แพทย์หญิง นิตยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์ ที่ให้ให้ความอนุเคราะห์แนะนำในเรื่องหัวข้อการวิจัย

ขอขอบพระคุณ Dr. Stephen J. Kerr และ ดร. ณภัทรวรรตท บัวทอง ที่อนุเคราะห์และสละเวลาเพื่อให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยในการใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบพระคุณ คุณวาสนา เสถียรธรรมวิทย์ คุณชาญวิทย์ ปาคำ และคุณ สุรรัตน์ อธิธิชัย เจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพชาย คลินิกนิรนาม ที่ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกให้กับผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยฉบับนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการทุกท่านของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับคำแนะนำ และการอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา 2 ปีที่ผ่านมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ประวัติของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ.....	10
คำจำกัดความ.....	11
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ.....	12
แนวคิดและสาเหตุและกลไกที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ.....	14
อุบัติการณ์.....	15
พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศประเภทต่างๆ.....	17
การวินิจฉัยโรค.....	19
ความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิตอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์.....	21
ผลกระทบของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ.....	24
แนวทางการรักษา.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26

บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
	รูปแบบการวิจัย.....	29
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
	การรวบรวมข้อมูล.....	34
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
	ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล.....	36
	ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ.....	39
	ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามสภาวะสุขภาพจิตและการใช้แอลกอฮอล์.....	43
	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ.....	45
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	55
	สรุปผลการวิจัย.....	55
	อภิปรายผลการวิจัย.....	55
	ข้อเสนอแนะ.....	62
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	63
	รายการอ้างอิง.....	64
	ภาคผนวก.....	72
	ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	73
	ภาคผนวก ข. แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัย.....	75
	ภาคผนวก ค. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	92
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	97

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	โรคพ่วงหรือความผิดปกติทางจิตที่เคยเป็นครั้งหนึ่งในชีวิต.....	22
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน.....	36
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ.....	39
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม จำแนกตามพฤติกรรม ย่ำทำในเรื่องเพศ ความวิตกกังวลแบบติดตัว ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ และ สภาวะสุขภาพจิตโดยรวม.....	43
ตารางที่ 5	ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั่วไปส่วนบุคคลกับพฤติกรรม ย่ำทำในเรื่องเพศด้วยสถิติ chi-square.....	44
ตารางที่ 6	ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมทางเพศกับพฤติกรรม ย่ำทำในเรื่องเพศด้วยสถิติ chi-square.....	46
ตารางที่ 7	ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศด้วย สถิติ Spearman's correlation coefficient.....	49
ตารางที่ 8	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติ t-test.....	50
ตารางที่ 9	แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เป็นตัวแปร เชิงปริมาณกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ด้วยสถิติ t-test.....	50
ตารางที่ 10	การทดสอบความแตกต่างของลักษณะค่าคะแนน พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ สถิติ Kruskal-Wallis test.....	52
ตารางที่ 11	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ย่ำทำในเรื่องเพศด้วยสถิติ Logistic regression.....	53

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	สัดส่วนของการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 1988 – 2010.....	2
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

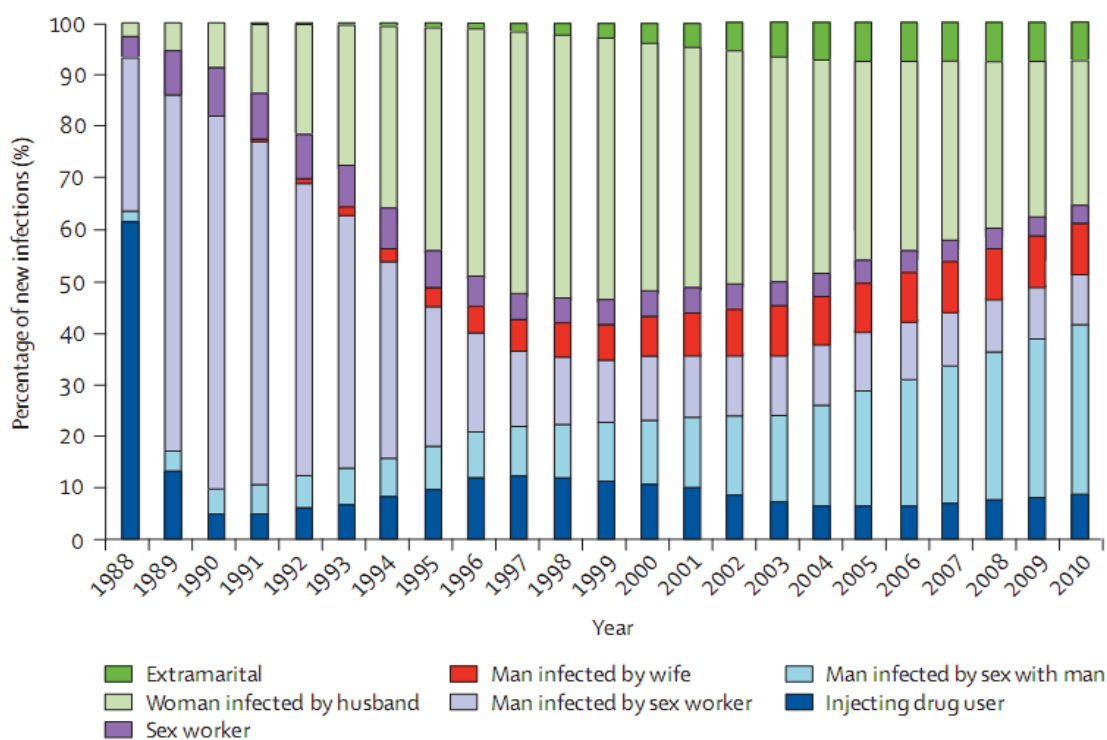
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) ซึ่งก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงหลัก ๆ 3 อย่างเป็นต้นเหตุ ได้แก่ การใช้สารเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเลือด การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่มีการป้องกันกับผู้ขายบริการทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่มีการป้องกันในหมู่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย⁽¹⁾ (Men who have sex with men – MSM)

กลุ่ม MSM เป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายมากกว่าแค่กลุ่ม Homosexual โดยรวมถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้ง 2 เพศ (Bisexual), กลุ่มชายที่เรียกตนเองว่า Heterosexual (มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนต่างเพศ) แต่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายด้วย และกลุ่มชายที่แต่งงานหรือมีครอบครัวเพื่อการยอมรับของสังคมหรือด้วยเหตุผลอะไรก็ตาม แต่ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกัน⁽²⁻³⁾

ถึงแม้ว่าจำนวนของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อ HIV จะมีสัดส่วนน้อยกว่าจำนวนของกลุ่มคนที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนต่างเพศที่ติดเชื้อ HIV แต่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยและในประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำถึงปานกลาง จัดเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ⁽⁴⁾ จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อ HIV (Seroprevalence) ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งมีความเสี่ยงในหลายประเทศในทวีปเอเชียเมื่อไม่นานมานี้ พบว่าการแพร่ระบาดที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก⁽⁵⁻⁹⁾ ในปี ค.ศ. 2003 จากการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพฯ พบการติดเชื้อ HIV สูงถึง 17.3% พบสัดส่วนของการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนชั่วคราวที่ 80% และ กับคู่นอนประจำที่ 54.4%⁽⁸⁾ และจากการศึกษาต่อมาในปี ค.ศ. 2005 พบว่าความชุกของการติดเชื้อ HIV มีอัตราเพิ่มขึ้นสูงเป็น 30%⁽⁹⁾ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือ ระดับการศึกษาต่ำ การยอมรับว่าตนเองเป็นพวกรักร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์โดยเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก และการมีจำนวนคู่นอนที่มากกว่า⁽⁸⁾

มีหลักฐานจากการศึกษาที่ยืนยันว่า การแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในประเทศไทย จะเปลี่ยนจากการระบาดในทุกกลุ่มของประชากร เป็นการระบาดส่วนใหญ่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยประมาณไว้ว่า หนึ่งในห้าของการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทยเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่มีการป้องกันระหว่างผู้ชายด้วยกัน⁽¹⁰⁾ การประมาณการของสัดส่วนของผู้ที่ติดเชื้อในประเทศไทย แสดงตัวเลขให้เห็นว่า สัดส่วนของผู้ติดเชื้อในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้นอย่างมากจากไม่ถึง 5% ในปี ค.ศ.1990 กลายเป็นประมาณ 30% ในปี ค.ศ. 2010

ภาพที่ 1 สัดส่วนของการติดเชื้อ HIV จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยง 1988-2010⁽⁹⁾



Extramarital	- เพศสัมพันธ์นอกสมรส
Women infected by husband	- ภรรยาติดจากสามี
Sex Worker	- ผู้ชายบริการทางเพศ
Man infected by wife	- สามีติดจากภรรยา
Man infected by sex worker	- ผู้ชายติดจากผู้ชายบริการทางเพศ
Man infected by sex with men	- ผู้ชายติดจากผู้ชายด้วยกัน
Injecting drug user	- ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด

พฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ (Compulsive Sexual Behavior, CSB) หรือมีชื่อเรียกอย่างอื่นว่า Sexual Addiction, Sex Addict, Sexual Compulsivity, Hypersexual disorders และ Paraphilia-related disorders มีคำนิยามใน DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version 4 - Text Revision) คือ พฤติกรรมต่างๆ ในเรื่องเพศ ไม่ว่าจะเป็ นพฤติกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่น หรือทำอยู่คนเดียว ที่เกิดขึ้นทั้งในแง่ความบ่อยและความเข้มข้น จนมีผลกระทบกับความรู้สึก จิตใจ การดำรงชีวิตของตัวบุคคลเอง และต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁽¹¹⁾ พฤติกรรมนี้ก่อให้เกิดปัญหาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางลบกับชีวิตโดยทั่วไปและชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้หลายด้าน ได้แก่

- ด้านการงานหรือการเรียน เนื่องจากการไม่มีเวลาหรือไม่ต้องการทำกิจกรรมอย่างอื่นที่ไม่ใช่เรื่องเพศ
- เกิดการรบกวนทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความภาคภูมิใจในตนเอง และการไม่สามารถควบคุมตนเองได้
- ด้านความสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่สมรส
- ด้านการเงิน เนื่องจากการใช้เงินกับสื่อลามกต่างๆ กับผู้ขายบริการทางเพศ หรือการขาดรายได้เนื่องจากการไม่ทำงาน

ถึงแม้ว่าพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศอาการป่วยที่ขาดนิยามและสาเหตุของการเกิดอย่างชัดเจน แต่ก็ถือเป็นอาการป่วยทางจิตเวช ใน DSM-IV-TR, พฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศได้ถูกจำแนกอยู่ในหมวด Impulse control disorder not otherwise specified หรือในหมวด Sexual disorder not otherwise specified

ใน DSM-V ที่กำลังจะถูกประกาศใช้ในปี 2013 ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ในหมู่วิตแพทย์ว่า พฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศควรถูกจัดให้อยู่ในหมวดที่ตั้งขึ้นใหม่ที่ให้ชื่อว่า Substance and behavioral addictions โดยในหมวดใหม่นี้ อาจจะไปรวมกับ Substance related disorder และ Impulse-control disorders อื่นๆ อันได้แก่ การเล่นเกมพนัน (Pathological gambling) การจุดไฟวางเพลิง (Pyromania) และการชอบขโมยของ (Kleptomania) โดยมี Impulse control disorder not otherwise specified ที่นอกจากจะมี Impulsive-compulsive sexual behavior แล้ว พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต, และ พฤติกรรมติดการจับจ่าย (Compulsive buying) ก็ถูกจัดให้อยู่ในหมู่นี้ด้วย⁽¹²⁾

Kafka MP (2010) ได้นำเสนอให้พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอยู่ในหมวดความผิดปกติทางเพศใน DSM-V โดยให้ชื่อว่า Hypersexual disorders⁽¹³⁾ โดยได้นำเสนอมาตรการการประเมินทางคลินิก และมาตรการการสำรวจความรุนแรงของโรคอย่างครอบคลุม

ในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเรื่องความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณความชุกอยู่ที่ประมาณ 5-6% ในกลุ่มคนทั่วไป⁽¹⁴⁾ และพบในผู้ชายเป็นจำนวนมากกว่าผู้หญิง⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การคาดการณ์ความชุกนี้เป็นเพียงการคาดคะเนที่ขาดหลักฐานทางการศึกษา อาจมีจำนวนมากกว่าตัวเลขนี้เพราะผู้ป่วยที่เข้ามาขอความช่วยเหลือจากจิตแพทย์เป็นเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก และเป็นผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าละอาย

จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านและหลายคณะ พบว่าพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศมีความชุกมากกว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับชาย และใน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ได้กับคู่นอนทั้งสองเพศ (Bisexual)⁽¹³⁾ Parsons และคณะ ได้ให้คำอธิบายเรื่องนี้ว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับชาย และชายที่มีเพศสัมพันธ์ได้กับคู่นอนทั้งสองเพศ มีโอกาสในการทำกิจกรรมทางเพศกับกลุ่มคนเดียวกันได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสังคมอื่นๆ การมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งกว่าคนกลุ่มอื่นสืบเนื่องมาจากความสามารถในการพบปะกับคนกลุ่มเดียวกันได้หลายช่องทาง เช่น สถานบริการชานา อินเทอร์เน็ต ปรารถร่วมเพศหมู่ หรือแม้กระทั่งสวนสาธารณะ⁽¹⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมย่ำทำทางเรื่องเพศในงานวิจัยหลายฉบับ พบว่าพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ จำนวนของคู่นอน จำนวนครั้งของการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted Disease, STD) รวมถึงการติดเชื้อ HIV การใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ การใช้เวลาออนไลน์บนอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับเรื่องเพศ และการไม่เปิดเผยสถานะ HIV ของตนกับคู่นอน (Serodisclosure)

คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

เป็นคลินิกนิรนามสมบูรณ์แบบแห่งแรกที่ตั้งขึ้นในประเทศไทยและทวีปเอเชีย ที่บริการให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจแก่ประชาชนทั่วไปและผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีการรักษาความลับของผู้ที่มาใช้บริการอย่างดีที่สุด รวมทั้งมีการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งก่อนและหลังการตรวจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ขึ้นมาภายหลัง ต่อมาคลินิกนิรนามได้ค่อยๆ เพิ่มบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อและประชาชนทั่วไป เช่น การตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) การวัดปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) การตรวจเชื้อตื้อยา การให้ยาป้องกันโรคฉวยโอกาส การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิรักษาเพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี คลินิกสุขภาพหญิง คลินิกสุขภาพชาย และคลินิกโภชนาการ

คลินิกให้คำปรึกษาแนะนำและตรวจเอชไอวี เป็นบริการตรวจและให้คำปรึกษาด้านเอชไอวีของคลินิกนิรนาม รวมถึงการสร้างความตระหนักในการป้องกันเอชไอวีอย่างต่อเนื่องในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยอาศัยบริการเสริมสร้างสุขภาพเป็นจุดส่งต่อบริการ โดยชักชวนให้ผู้มารับบริการกลับมาตรวจเอชไอวีซ้ำอย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อรับคำปรึกษาเพิ่มเติมในการลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดอัตราการติดเชื้อใหม่ในกลุ่มนี้ ซึ่งโครงการนี้มีประโยชน์อย่างมากในการประเมินประโยชน์ของการตรวจเอชไอวีว่าช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีลงได้จริงหรือไม่ และปัจจุบันนี้มีวิธีการตรวจหาการติดเชื้อได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น เช่น Anti-HIV เป็นการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อสามารถตรวจได้หลังเสี่ยง 2 สัปดาห์ขึ้นไป NAT เป็นการตรวจตัวเชื้อสามารถตรวจได้หลังเสี่ยง 5 วันขึ้นไป DNA PCR เป็นการตรวจตัวเชื้อสามารถตรวจได้หลังเสี่ยง 2 สัปดาห์ขึ้นไป เป็นต้น

คลินิกสุขภาพชาย

เนื่องจากในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มชายรัก 2 เพศ 1 ใน 3 ของชายรักชายในกรุงเทพมหานครติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นอย่างน่าตกใจ เพื่อให้ชายรักชายได้เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตร รวมทั้งการรับคำปรึกษาและตรวจเอชไอวี ศูนย์วิจัยโรคเอดส์จึงได้เปิด คลินิกสุขภาพชาย ชั้นที่ชั้น 1 ภายในคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2551 โดยมีบริการต่างๆ ดังนี้

- การปรึกษาก่อนและหลังตรวจเอชไอวี โดยเน้นการมาตรวจพร้อมคู่อีก
- การตรวจคัดกรองมะเร็งปากทวารหนัก
- การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- โปรแกรมตรวจสุขภาพประจำปี
- การปรึกษาด้านโภชนาการ
- การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีหลังมีพฤติกรรมเสี่ยง
- ให้คำปรึกษากับชายรักชายที่ติดเชื้อแล้ว เรื่องการดูแล สุขภาพ เช่น การตรวจ CD4 และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศในกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการที่คลินิกนิรนาม โดยศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ และเนื่องจากความเกี่ยวเนื่องของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากหลายงานวิจัย การใช้การวัดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศจึงยังอาจเป็นตัวช่วยทำนายความเสี่ยงของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องอีกด้วย ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้จึงเป็นแนวทางในการเริ่มต้นดูแลรักษาคนกลุ่มนี้ และใช้ผลการวิจัยเพื่อค้นหาการแทรกแซงเพื่อช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีสถานะยังไม่ติดเชื้อ HIV (Seronegative) รวมถึงเป็นการหาหนทางให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV แล้ว หลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ (Compulsive Sexual Behavior) ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

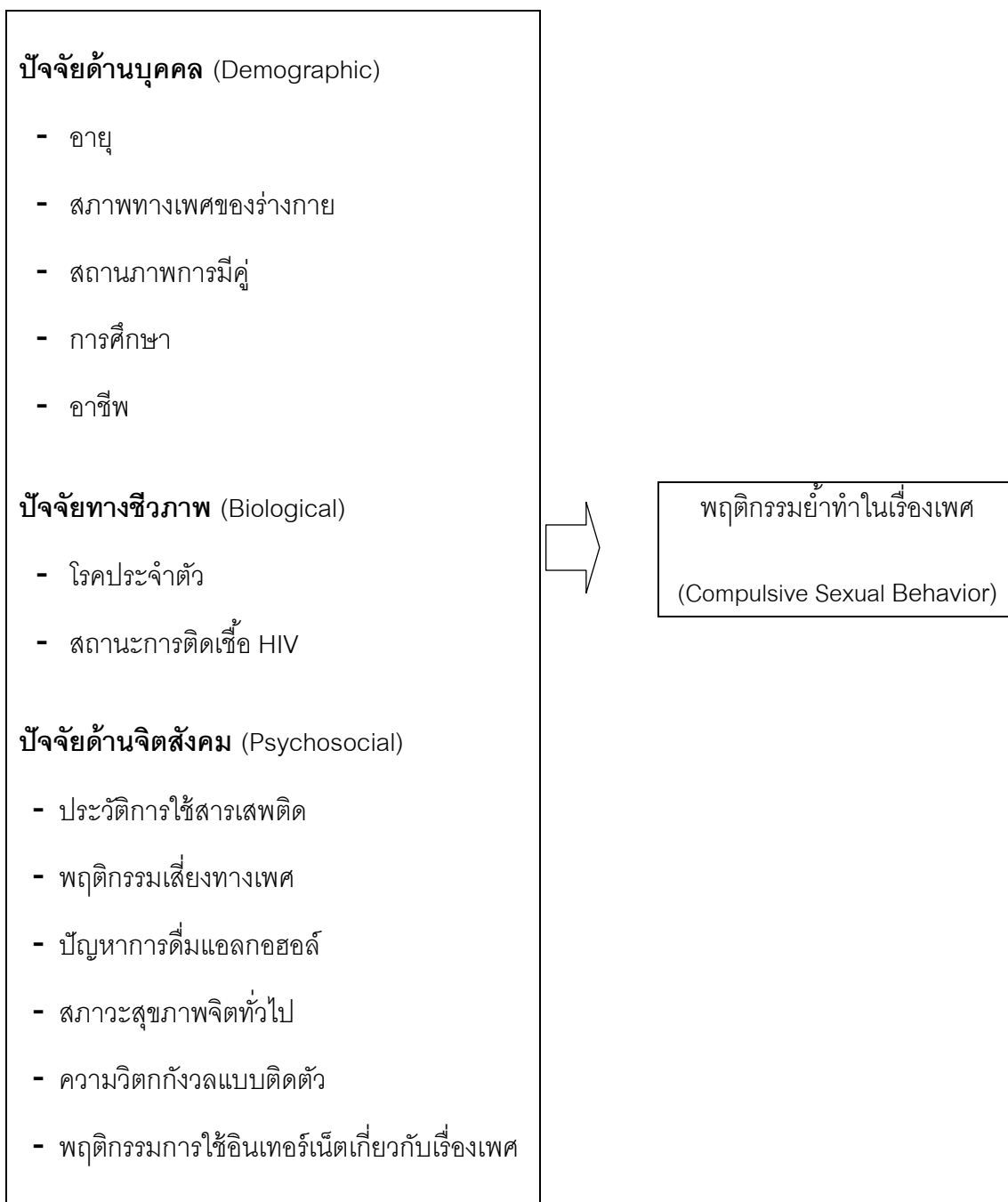
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objective)

1. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ (Compulsive Sexual Behavior) ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ เฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 เป็นต้นไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ, แบบวัดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ (Sexual Compulsivity Scale - SCS), แบบคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (The Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT), แบบสอบถามสภาวะสุขภาพจิตทั่วไป (General Health Questionnaire - Thai GHQ12), และแบบวัดความวิตกกังวลแบบติดตัวของสปลเบอร์เกอร์ (The State - Trait Anxiety Inventory - STAI Form Y)

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ขั้นตอนที่ 2 ขออนุญาตใช้เครื่องมือ, สร้างเครื่องมือ, และตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และยื่นต่อผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

2. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าเจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพชาย คลินิกนิรนามเพื่อขอการอำนวยความสะดวก และเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดย

3.1 เริ่มจากการแนะนำตนเองของผู้วิจัยต่อชายที่มาใช้บริการของคลินิก และเริ่มชี้แจงโครงการวิจัยในส่วนของประชากรตัวอย่างเป็นลำดับแรก หากผู้มาใช้บริการของคลินิกไม่คิดว่าตนเองอยู่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้วิจัยจะไม่รับผู้นั้นเข้าโครงการวิจัย เนื่องจากไม่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างในระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนดไว้ ส่วนผู้มาใช้บริการที่เข้าชายอยู่ในกลุ่มตัวอย่างจะได้อ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการทั้งหมด พร้อมทั้งตอบคำถามที่ผู้มาใช้บริการมีต่อโครงการ หลังจากนั้นจึงจะขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านเอกสารการแสดงความยินยอม และให้แสดงความยินยอมด้วยวาจา ก่อนที่จะให้ตอบแบบสอบถาม

3.3 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามทุกชุด โดยการให้ผู้เข้า ร่วมการวิจัยกรอกด้วยตนเองทุกฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มารับการบริการที่คลินิกนิรนาม สถาบันวิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

คำนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

พฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ (Compulsive Sexual Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือความคิดที่เกี่ยวกับเรื่องเพศที่เกิดขึ้นบ่อยและเป็นประจำไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางเพศที่ทำคนเดียวหรือกับคู่นอน โดยผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม หลีกเลียง หรือหยุดยั้งตัวเองได้ จนกระทั่งก่อให้เกิดการรบกวนทางจิตใจ ทางกรเรียนหรือการงาน ทางสังคม ทางด้านสุขภาพ หรือทางการเงิน และยังคงมีความคิด และการทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะเกิดผลกระทบกับการดำเนินชีวิตในด้านหนึ่งหรือหลายด้านแล้ว โดยในที่นี้จะใช้การวัดจากแบบประเมิน Sexual Compulsivity Scale (SCS) ของ Seth C. Kalichman และ David Rompa โดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 24 หรือมากกว่า ให้ถือว่ามีปัญหาพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ⁽¹⁷⁾

กลุ่ม MSM ในที่นี้หมายถึง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งหมด ถึงแม้จะแต่งงานหรือมีคู่เป็นเพศหญิง รวมถึงชายที่มีสภาพร่างกายเป็นหญิงไม่ว่าจะผ่านการผ่าตัดแปลงเพศหรือไม่ก็ตาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefits and Application)

1. เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองผู้มีปัญหาพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ หรือมีปัญหาเรื่องการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยป้องกัน หรือทำการรักษาต่อไป
2. เพื่อผลิตองค์ความรู้ใหม่ๆ ให้สถาบัน
3. เพื่อเป็นแนวทางและข้อมูลเบื้องต้นในการวิจัยสำหรับผู้สนใจต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ประวัติของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

ในยุคเริ่มต้นการมีกิจกรรมทางเพศมากสืบค้นได้ในงานของ Hippocrates, Erasistratus, Plutarch และ Galen โดยคำศัพท์ที่ใช้เรียกพฤติกรรมนี้คือ Erotomania หรือเรียกอีกอย่างว่า Clerambault's Syndrome ซึ่งชื่อนี้ได้ถูกตั้งขึ้นตามชื่อของนักจิตวิทยาชาวฝรั่งเศส Gaetan Gatian Clerambault (1872-1934 A.D.) Berrios และ Kennedy (2002) ได้อธิบายถึงคำแปลของโรคนี้ใน 4 ช่วงเวลาตามประวัติศาสตร์ของ Erotomania โดยเริ่มจากช่วงแรกในยุคคลาสสิกจนถึงต้นศตวรรษที่ 18 เป็นโรคทั่วไปที่เกิดจากความรักที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ต่อมาในช่วงที่ 2 ซึ่งกินเวลาจนถึงศตวรรษที่ 19 Erotomania หมายถึงโรคที่เกี่ยวข้องกับความรักร่างกายที่มีมากเกินไป (Nymphomania) ในช่วงที่ 3 (ศตวรรษที่ 20) Erotomania ถูกแปลว่าเป็นความผิดปกติทางจิต และในช่วงสุดท้ายจนถึงปัจจุบัน แนวคิดของ Erotomania เป็นความเชื่อแบบหลงผิดว่าถูกรักโดยผู้อื่น ดังนั้นจากคำจำกัดความปัจจุบันของ Erotomania เราจึงไม่อาจจัดให้ไปอยู่ในหมวดหมู่เดียวกันกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศได้

ในประเทศที่ใช้ภาษาเยอรมันเป็นภาษาหลัก คำนิยามของการเสพติดทางเรื่องเพศมีประวัติยาวนานเช่นกัน โดย Richard Von Krafft-Ebing (1903) ได้ใช้คำศัพท์ว่า "Hyper Aesthesia Sexualis" ซึ่งแสดงให้เห็นความคล้ายคลึงกับ Morphinism และ Alcoholism Giese (1962) นักวิจัยเรื่องเพศชาวเยอรมัน ใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับการเสพติดสำหรับเป็นแนวทางในการบำบัดและรักษาความผิดปกติและความเบี่ยงเบนทางเพศ (ทั้งที่จัดเป็นกามวิตถาร เช่น Sadism และไม่วิตถาร เช่น Don Juanism) แนวทางการวินิจฉัยที่ Giese ใช้ มีตั้งแต่การมีความรู้สึกทางเพศลดลง การเพิ่มขึ้นของความถี่ในกิจกรรมทางเพศซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของความพึงพอใจทางเพศ การเพิ่มขึ้นของความสำส่อนทางเพศโดยเฉพาะการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลแปลกหน้า นอก

สมรส ความหลากหลายของจินตนาการในการปฏิบัติกิจในเรื่องเพศ การให้คำจำกัดความกับตนเองว่าเป็นผู้เสพติดและหมกมุ่นในเรื่องเพศ การให้คำจำกัดความและวินิจฉัยไปในแนวทฤษฎีของการเสพติดนี้ นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยทางคลินิกแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในเรื่องของความผิดทางกฎหมาย ซึ่งในปัจจุบันนี้ ยังคงเป็นส่วนหนึ่งในกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ของประเทศเยอรมนี⁽¹⁸⁾

ปัจจุบัน แพทย์และนักวิจัยจากหลายประเทศใช้คำศัพท์สำหรับ “พฤติกรรมทางเพศที่ไม่สามารถควบคุมได้” แตกต่างกันไป และมีการถกเถียงโต้แย้งโดยใช้ทฤษฎีที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกันในการสนับสนุนสมมุติฐานของตนดังจะกล่าวต่อไป

คำจำกัดความ

Kuzma และ Black⁽¹⁹⁾ ให้คำนิยามไว้ว่า พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ คือพฤติกรรมหรือความคิดทางเพศที่มีลักษณะไม่เหมาะสมและมีมากเกินไป จนกระทั่งก่อให้เกิดความไม่สบายใจหรือทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือดำเนินชีวิตในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆด้านได้อย่างปกติ

Fong⁽²⁰⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ คือ การไม่สามารถควบคุมแรงกระตุ้นทางเพศของตนเอง ทำให้มีการทำพฤติกรรมทางเพศอย่างต่อเนื่อง จนก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อการดำเนินชีวิต

Kafka⁽²¹⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ คือ การเพิ่มขึ้นของความคิดเพื่อฝันและการแสดงออกทางเพศ ทั้งด้านความถี่และด้านความเข้มข้น และทำให้มีผลกระทบต่อตัวบุคคล ความสัมพันธ์ของบุคคล และหน้าที่ในชีวิตของบุคคลนั้น

จากคำนิยามต่าง ๆ ข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ คือ พฤติกรรมหรือความคิดที่เกี่ยวกับเรื่องเพศที่เกิดขึ้นบ่อยและเป็นประจำไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางเพศที่ทำคนเดียวหรือกับคู่นอน โดยผู้ประสบปัญหาไม่สามารถควบคุม หลีกเลียง หรือหยุดยั้งตัวเองได้ จนกระทั่งก่อให้เกิดการรบกวนต่อจิตใจ และต่อการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นทางการเรียนหรือการทำงาน ทางสังคม ทางสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบไปถึงปัญหาทางการเงินด้วย และผู้ประสบปัญหา ยังคงมีความคิด และการทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะเกิดผลกระทบแล้วกับการดำเนินชีวิตด้านในด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ตาม

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

1. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theories)

เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนาจาก Sigmund Freud และศิษย์ผู้สืบทอดต่อมา โดยทฤษฎีนี้อธิบายสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศว่าเป็นกลไกทางจิตชนิดหนึ่ง (Coping mechanism) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการหรือหลบหนีความรู้สึกที่ไม่ดีต่างๆ เช่น ความกังวล หรือ อารมณ์เศร้า การที่ผู้ป่วยใช้เวลาไปทำกิจกรรมทางเพศในการจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้แล้วทำให้มีผลในทางลบต่อตนเอง เป็นข้อบ่งชี้ว่า ego ของผู้ป่วยมีความบกพร่อง จึงไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านี้ด้วยวิธีที่เหมาะสม ลักษณะที่บกพร่องเช่นนี้ อาจเป็นความผิดปกติที่เรียกว่า Alexithymia คือการที่ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไร จึงไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีนั้นได้ นอกจากนี้ Stoller (1975) กล่าวไว้ว่า การแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างหรือแปลกประหลาดในวัยผู้ใหญ่ เป็นเหมือน “การสลับบทบาทจากความพ่ายแพ้ในวัยเด็ก” ซึ่ง Schneider และ Irons⁽²²⁾ นำมาใช้เป็นคำอธิบายการใช้เรื่องเพศเป็นกลไกในการจัดการกับปัญหา

1.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายสาเหตุของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศไว้ว่า เกิดจากการที่เรื่องเพศเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจขณะปฏิบัติกิจ (Euphoric effect) เกิดความยินดีจากความรู้สึกผ่อนคลายหลังจากได้รับความสุขสุดขั้วทางเพศ ความรู้สึกที่ดีนี้เป็นปัจจัยทางบวก (Positive reinforcement) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยากทำพฤติกรรมนั้นอีก และทำบ่อยขึ้น

2. ปัจจัยทางด้านร่างกาย

ทฤษฎีพันธุกรรม

ไม่มีการศึกษาว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาประวัติทางครอบครัวของผู้ป่วยกามวิปริตที่ฝึกไฝทางเพศในลักษณะที่แปลกแหวกแนวจากคนทั่วไป (Paraphilias) ของ Gaffney และคณะ ซึ่งนักจิตวิทยาและจิตแพทย์หลายท่านถือว่าเป็นความผิดปกติที่อาจใช้เทียบเคียงกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อ้างถึงในบทความของ Kuzma และ Black ซึ่ง พบว่าอัตราเสี่ยงของการเป็นโรคกามวิปริตสูงถึง 19% เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่เคยป่วยด้วยโรคนี้ เทียบกับอัตราเสี่ยงเพียง

ร้อยละ 3 ของคนที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีประวัติ⁽¹⁸⁾

มีการตั้งสมมุติฐานโดย Blum และคณะ ว่าพฤติกรรมทางเพศในชายที่มีอาการของกามวิปริต ได้รับการเสริมแรงจากระบบการให้รางวัล (Reward system) โดย Blum กล่าวว่าผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างทางยีนส์ที่ทำให้ Reward system (ซึ่งสัมพันธ์กับ Hypodopaminergic traits) ทำงานผิดปกติ ทำให้สมองของผู้ป่วยต้องการระดับ Dopamine ที่สูงกว่าปกติจึงจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจได้ สมมุติฐานนี้สามารถใช้อธิบายการใช้สารเสพติดมากขึ้นของผู้ติดยาเสพติด รวมถึงผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศสูงจากการที่มีแรงกระตุ้นและแรงผลักดันภายในที่เกิดมาจาก reward system นั้นเอง⁽²³⁾

Berridge และ Robinson ได้ตั้งสมมุติฐานเช่นกันว่า การควบคุมและปรับระดับ Dopamine ใน Mesolimbic dopamine system อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความ “อยากยา” หรือ อยากทำกิจกรรมทางเพศ⁽²⁴⁾

ไม่มีการสำรวจวัดระดับฮอร์โมนในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ อย่างไรก็ตามจากการตรวจวัดระดับฮอร์โมนของอาสาสมัครทางเพศ และผู้ป่วยกามวิปริต ไม่พบว่ามีการวัดระดับฮอร์โมน Testosterone แตกต่างจากระดับฮอร์โมนของประชากรชายปกติโดยทั่วไป⁽²⁵⁾

3. ปัจจัยทางด้านสังคม

ปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการเกิดปัญหาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบครอบครัว ปัญหาและความมั่นคงของครอบครัว สังคมในโรงเรียน หรือที่ทำงาน อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ตลอดจนสภาพสังคมขนาดใหญ่โดยรวม ความเชื่อเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ความเชื่อทางศาสนาและทัศนคติของตนต่อกิจกรรมทางเพศ ความยากง่ายในการเข้าถึงสิ่งเร้าและสิ่งยั่วยุปลุกอารมณ์ทางเพศต่างๆ ปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อการมีพฤติกรรมย่ำทำทางเพศทั้งสิ้น

ในการสืบประวัติทางครอบครัวของชายที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ 75 คน Schneider และ Schneider พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีบิดาหรือมารดาที่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 36 มีบิดาหรือมารดาที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ร้อยละ 33 มีบิดาหรือมารดาที่มีปัญหาทางด้านการกิน (Eating Disorder) และร้อยละ 7 มีปัญหาติดการพนัน⁽²⁶⁾

นอกจากนี้ การถูกข่มขืนหรือทารุณกรรมตอนวัยเด็ก (Childhood Sexual Abuse) มีส่วนเพิ่มอัตราเสี่ยงของการมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าตนเองมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศหลายงานวิจัย ได้แก่ Carnes และ Delmonico⁽²⁷⁾ พบว่าเกือบร้อยละ

80 ของกลุ่มตัวอย่างเคยถูกข่มขืนหรือถูกทำทารุณกรรมในวัยเด็ก ส่วน Black และ คณะ⁽²⁸⁾ พบร้อยละ 31 และ Kafka และ Prentky⁽²⁹⁾ พบร้อยละ 28

แนวคิดของสาเหตุและกลไกที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

1. แนวคิดการเสพติดพฤติกรรมทางเพศ (Sexual Addiction and Sexual Dependence)

Orford กล่าวว่า การมีความต้องการและมีกิจกรรมทางเพศมากกว่าปกติ อาจทำให้เกิดความเคยชินและติดเป็นนิสัยเหมือนกับการติดสาร ถึงแม้จะไม่มีสารใดๆเข้ามาเกี่ยวข้องก็ตาม⁽³⁰⁾ ช่วงเวลาเดียวกัน Carnes ได้ให้แนวคิดในแนวเสติดที่ทำให้เขามีชื่อเสียง โดยคำอธิบายไว้ว่าเป็นการใช้พฤติกรรมทางเพศเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงภาวะที่ตนเองมีสิ่งรบกวนทางจิตใจ (dysphoric affects) และพฤติกรรมนั้นถูกใช้บ่อยและเข้มข้นขึ้นตามเวลาที่ผ่านไปจนไม่สามารถควบคุมได้ จนกระทั่งก่อให้เกิดผลต่อเนื่องตามมา เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และจบลงที่การ "ถอนตัว" (withdrawal stage) จากพฤติกรรมนั้น⁽³¹⁾ ต่อมา Goodman ได้เพิ่มเติมแนวคิดนี้ว่า การใช้สารที่มีฤทธิ์ต่อประสาท การมีพฤติกรรมกาเกินแบบ bulimia การติดการพนัน และการเสติดเรื่องเพศ ล้วนเกิดจากรากฐานแบบเดียวกันของปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านพัฒนาการ โดยตั้งสมมุติฐานแยกให้เห็นขั้นตอนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเสติดทั้งหลายอันได้แก่

- ระบบการกระตุ้นและการให้รางวัล (Motivation-reward system)
- การไม่สามารถควบคุมตนเอง (Impairment of self and affect regulation)
- การมีแนวโน้มที่จะใช้พฤติกรรมทางเพศเป็นเครื่องมือจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดจากการขาดการควบคุมตนเอง⁽³²⁾

2. แนวคิดด้านแรงผลักดันทางเพศ (Sexual Compulsive)

Quadland⁽³³⁾ เป็นผู้เริ่มใช้วลีนี้เพื่ออธิบายถึงการมีแรงผลักดันทางเพศมากจนก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงโดยเฉพาะการสำส่อนทางเพศในหมู่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และนำมาใช้เรียกชายที่มีการแสวงหาความพึงพอใจทางเพศโดยการมีจำนวนคู่นอนหลายคน (Sensation seeking) และแรงผลักดันนี้มีมากจนแสดงออกถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการละเลยการป้องกันโรค เช่นการใช้ถุงยางอนามัย จนอาจทำให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง แนวคิดแรงผลักดันทางเพศถูกใช้อย่างกว้างขวางมาตั้งแต่ปี 1986 โดยนักจิตวิทยาหลายท่าน โดย Coleman⁽³⁴⁾ ได้ขยายความต่อไปและเรียกพฤติกรรมนี้ว่าพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ (Compulsive Sexual Behavior) โดยให้คำอธิบายว่าเป็นการพยายามทำ

พฤติกรรมซ้ำๆ โดยถูกกระตุ้นจากการที่มีความวิตกกังวลในจิตใจได้สำนึก (Impaired affect regulation) และทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้ความวิตกกังวลนั้นๆ หรือสิ่งที่มีผลกระทบทางลบต่อจิตใจอื่นๆ ลดลง (เช่น ความละเอียดความกังวล ภาวะเศร้า เป็นต้น)

3. แนวคิดแรงกระตุ้นและแรงผลักดันทางเพศ (Impulsive-Compulsive Sexual Behavior)

Barth และ Kinder กล่าวไว้ว่ากลไกของการเกิดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับอธิบายสาเหตุของการมีพฤติกรรมทางเพศที่มากเกินไป⁽³⁵⁾ คือ Impulse control disorder ซึ่งใน DSM ฉบับต่างๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 จนถึงฉบับปัจจุบัน ได้อธิบายลักษณะไว้ว่า “ความล้มเหลวในการควบคุมหรือหักห้ามใจตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากแรงกระตุ้นหรือแรงขับจากภายในตนเอง และการกระทำพฤติกรรมนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น” โดยกลไกจะเริ่มจากการรู้สึกถึงการกระตุ้นภายในที่ทำให้เกิดความความตึงเครียดก่อนที่จะทำพฤติกรรม และในช่วงที่กำลังกระทำหรือ หลังจากที่ได้กระทำลงไป จะได้ประสบการณ์ของความโล่ง (relief) ความยินดี และความพึงพอใจ อาจมีหรือไม่มีความรู้สึกผิดหรือการตำหนิตนเองหลังจากที่ทำลงไปแล้ว

สืบเนื่องจากแนวคิดทั้งสาม Kafka ได้รวบรวมและนำเสนอนิยามใหม่ที่ครอบคลุมตั้งแต่ต้นเหตุ กลไกการเกิด ลักษณะของพฤติกรรมที่แตกแขนงออกมา ตลอดจนผลกระทบของพฤติกรรมต่อร่างกายและต่อจิตใจทั้งของตนเองและของผู้อื่น โดยใช้ชื่อเรียกใหม่ว่า Hypersexual Disorder ซึ่งพิจารณาให้อยู่ในหมวดเดียวกันกับการมีปัญหาทางเพศ และให้คำจำกัดความไว้ว่าเป็น “อาการของ Sexual Disorder ที่ก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความกำหนัด และมีการแสดงออกในเรื่องเพศอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ โดยมีมิติของแรงกระตุ้น (Impulsivity) ภายในที่ซับซ้อนอยู่”⁽¹³⁾

อุบัติการณ์

ไม่มีการศึกษาทางระบาดวิทยาอย่างมีระเบียบตามหลักวิทยาศาสตร์หรือการศึกษาทางสังคม ศาสตร์ที่ประมาณการความชุกของพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ สืบเนื่องจากการขาดหลักการของต้นเหตุและการวินิจฉัยที่ตายตัว รวมทั้งการขาดเครื่องมือที่ใช้ศึกษาที่เชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม มีการคาดคะเนตัวเลขที่ประมาณร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 6 ของประชากรทั่วไป⁽³⁶⁾ ทั้งนี้ น่าจะเป็นการประมาณความชุกที่อัตราเดียวกับผู้ป่วย Impulse Control Disorder นั้นเอง ในการศึกษาของ Kafka พบว่าเพศชายมีอัตราเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง (สัดส่วนประมาณ 3-5 ต่อ 1)⁽³⁷⁾ และจากการศึกษาของ Briken⁽³⁸⁾ และคณะในประเทศเยอรมัน ได้สัดส่วนของอัตราการป่วยในแต่ละเพศใกล้เคียงกันกับการศึกษาของ Kafka

Langstrom และ Hanson ทำการสำรวจเรื่องเพศและเรื่องสุขภาพในชายและหญิง 2,450 คนที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติของประเทศสวีเดนในปี 1996 พบว่า ร้อยละ 12 ของประชากรชายและร้อยละ 7 ของประชากรหญิงถูกจัดในกลุ่มที่มีแรงขับเคลื่อนทางเพศสูง ทำให้มีกิจกรรมทางสำส่อนทางเพศมาก (Promiscuous Sex) และพบว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบที่ไม่มีข้อผูกมัด (Impersonal sex) มีความสัมพันธ์กับการถูกแยกจากบิดามารดาตั้งแต่วัยเด็ก ความไม่มั่นคงของครอบครัว การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดต่างๆ ความไม่พึงพอใจกับชีวิตของตนเอง และการมีความสนใจเรื่องเพศไปในทางกามวิปริต⁽³⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนั้นเป็นเพียงการสำรวจประชากรทั่วไปที่ไม่ได้ศึกษาเน้นตรงถึงปัญหาเรื่องเพศ จึงสามารถนำมาใช้เป็นเพียงเหตุผลสนับสนุนความสำคัญของปัจจัยทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะปัญหาครอบครัว

เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับแรงขับทางเพศ และเนื่องจากแรงขับ ความต้องการ และกิจกรรมทางเพศของวัยกลางคนและวัยสูงอายุมีแนวโน้มลดลง และน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่เป็นปัญหาอาจจะลดลงตามวงจรของชีวิตไปด้วย อย่างไรก็ตาม จากทฤษฎีที่กล่าวว่าผู้ป่วยใช้เรื่องเพศเป็นทางออกเพื่อรับมือกับความรู้สึกที่รบกวนการใช้ชีวิต (เช่น ความวิตกกังวล หรือความรู้สึกซึมเศร้า) Bancroft และ Vukadinovic ได้กล่าวอย่างมีนัยไว้ว่า ถึงแม้แรงขับต้นและความต้องการทางเพศจะลดน้อยลงตามอายุของคนก็ตาม พฤติกรรมการรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามารบกวนการใช้ชีวิตไม่อาจจะเปลี่ยนไปอย่างฉับพลันได้หากผู้ป่วยมีปัญหาไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นสาเหตุ ความต้องการ และการกลไกการรับมือกับปัญหาที่รบกวนจิตใจ (Psychological coping mechanism) จึงยังคงเป็นแบบเดิม⁽⁴⁰⁾

ส่วนความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสูงกว่ากลุ่มประชากรรวมทั่วไป ในการสำรวจอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและปัจจัยทำนายของชายและหญิงรักร่วมเพศ ในประเทศสหราชอาณาจักรของ Warner⁽⁴¹⁾ และคณะในปี ค.ศ. 2006 และในการศึกษาโรคพ่วงทางจิตเวชในผู้ป่วยติดการพนันของ Grant และ Potenza⁽⁴²⁾ พบว่า จำนวนผู้ป่วยติดการพนันที่อยู่ในกลุ่มรักร่วมเพศ และเคยมีหรือยังมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ มีจำนวนมากกว่าจำนวนผู้ติดการพนันที่มีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับคู่นอนต่างเพศ ถึง 4 เท่า

พฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศประเภทต่างๆ

Raymond และ Coleman⁽⁴³⁾ ได้จำแนกอาการของพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศออกเป็น 7 ประเภทย่อย โดยจำแนกตามอาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจมีพฤติกรรมหลายประเภทเกิดขึ้นด้วยกันในผู้ป่วยคนเดียวกันก็ได้ ได้แก่

1. Compulsive Cruising and Multiple Partners.

- มีอาการกวาดตาดูผู้คนแวดล้อมรอบตัวโดยมีจุดประสงค์เพื่อหาคู่ทำกิจกรรมทางเพศ มีความต้องการที่จะทำกิจกรรมทางเพศอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้กิจกรรมนี้ในการจัดการกับความวิตกกังวล และการเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem)
- ออกหาคู่นอนแปลกหน้าเป็นกิจกรรมคล้ายกับพิธีกรรม จิตตกอยู่ในภาวะวังวน
- คู่นอนที่หาได้เปรียบเหมือนสิ่งของสำหรับใช้

2. Compulsive Fixation on an Unattainable Partner

- มีการเพ่งความสนใจไปยังคนที่ตนไม่สามารถจะมีเพศสัมพันธ์ด้วยได้ถึงแม้จะไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองจากผู้นั้น
- ความเพ้อฝันในเรื่องเพศเข้าครอบงำ โดยไม่มีเรื่องของความเป็นจริงเข้ามาในสมอง
- ความเพ้อฝันถูกเสริมแรงด้วยความคิดที่ว่าตนมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์กับผู้นั้น

3. Compulsive Auto-erotiscism. (Masturbation)

- หมกมุ่นอยู่กับความอยากที่จะกระตุ้นอารมณ์ทางเพศที่อวัยวะเพศของตนเอง
- การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจะหยุดก็ต่อเมื่ออ่อนเพลีย บาดเจ็บที่อวัยวะเพศ หรือการได้รับแรงกดดันจากคนรอบข้าง ความพึงพอใจหลังเสร็จกิจไม่ทำให้หยุดกิจกรรม
- ความรู้สึกเหงาแทรกเข้ามาหลังจากจากการถึงจุดสุดยอด

4. Compulsive Use of Erotica

- หมกมุ่นชวนชวายเป็นวัสดุสิ่งเร้าทางเพศเช่นสื่อลามก หนังสือ นิตยสาร วีดีโอ ฯลฯ
- แอบซ่อนและสะสมวัสดุเหล่านั้น
- ใช้เงินจำนวนมากหมดไปกับการได้มาของวัสดุเหล่านี้

5. Compulsive use of Internet.

- หมกมุ่นกับการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาสิ่งที่ทำให้ตนพึงพอใจทางเพศ
- หมกมุ่นกับการพูดคุยทางอินเทอร์เน็ตในสังคมออนไลน์ โดยมีความหวังที่จะได้คู่ทำกิจกรรมทางเพศ
- ใช้เวลาหมดไปมาก และอาจทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านการทำงาน ทางด้านสังคม และ ความสัมพันธ์ส่วนตัวของตนกับคู่

6. Compulsive Multiple Love Relationship.

- หมกมุ่นอยู่กับการเสาะหาคู่โดยหวังจะได้ความรักและความใกล้ชิดสนิทสนม
- ชอบความเพ้อฝันและการมีบทบาท (role play) ในความสัมพันธ์คู่สาว
- คิดว่าความเป็นจริงในโลกเป็นสิ่งที่รบกวนความสำคัญของเรื่องรักใคร่

7. Compulsive Sexuality in a Relationship

หมกมุ่นในเรื่องเพศกับคู่ของตน

- ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อให้มีโอกาสทำกิจกรรมทางเพศ บางครั้งใช้ความรุนแรงบังคับ
- การขาดการแสดงออกทางเพศจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ เช่น ความกังวล เศร้า หรือโกรธ
- มีความต้องการการแสดงออกทางเพศ ความมีเยื่อใย ความเอาใจใส่ และต้องการสัญญาณของความรักจากคู่ของตน เพื่อบรรเทาความกังวลชั่วคราว

นอกจากนี้ จากการศึกษาพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศของผู้ป่วย 53 คน ของ Wine ⁽⁴⁴⁾ พบว่ามีพฤติกรรมหรือความคิดแต่ละอย่างเป็นอัตราดังนี้

การมีความคิดฟุ้งซ่านในเรื่องเพศ (Fantasy sex)	77%
การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองแบบไม่หยุด (Compulsive masturbation)	75%
การแอบดู หรือ ถ้ามอง (Voyeuristic sex)	71%
การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ต้องทำการรู้จัก (Anonymous sex)	47%
การมีคู่นอนหลายคน (Multiple sexual partners)	45%

และในงานวิจัยของ Carnes และ Wilson ได้รวมพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส การใช้บริการกับผู้ขายบริการทางเพศ การมีกิจกรรมทางเพศผ่านอินเทอร์เน็ต (Cybersex) และการคุกคามทางเพศ (Sexual Harassment) ⁽⁴⁵⁾

การวินิจฉัยโรค

จากการที่มีการให้คำศัพท์อย่างหลากหลายต่อการแสดงออกในพฤติกรรมทางเพศที่มากเกินไปจนเกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็น Sexual addiction, Hypersexual disorder, Excessive sexual drive, Paraphilia-related disorder, Non-paraphilic sexual addiction, Sexual impulsivity, Sexual compulsivity, และ Compulsive sexual behavior และจากการที่ธรรมชาติของเรื่องเพศเป็นเรื่องอ่อนไหวและซับซ้อน จึงทำให้ขาดหลักฐานในการศึกษาวิจัย และทำให้นักจิตวิทยาและนักวิจัยหลายคนจะระบุว่าพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศเป็นเพียง "การออกนอกกลุ่มนอกทางจากมาตรฐานของสังคม" (Deviation from social norm) มากกว่าที่จะบ่งว่าเป็นอาการป่วยทางจิตเวช แต่ขณะเดียวกัน กลุ่มที่วินิจฉัยว่าพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศเป็นอาการป่วย ได้โต้แย้งโดยยึดแนวคิดทางจิตเวชที่ว่า ปัญหาในเรื่องความคิด พฤติกรรม หรืออารมณ์ จะเป็นความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิต (Mental disorder) เมื่ออาการหรือกลุ่มอาการส่งผลให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต ก่อความทุกข์หรือความเดือดร้อนต่อตนเองหรือผู้อื่น โดยปัญหาจะคงอยู่ระยะหนึ่ง แต่ไม่มีแนวโน้มผู้ป่วยจะปรับตัวได้

การประเมินพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

1. การประเมินโดยใช้แบบทดสอบหรือแบบสอบถาม

มีการสร้างแบบคัดกรองหรือแบบสอบถามโดยนักวิจัยหลายท่าน อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ได้จากผู้ตอบไม่อาจสรุปวินิจฉัยได้เลยว่าผู้นั้นป่วย แต่สามารถบอกได้เพียงว่าจำเป็นต้องมีการประเมินอาการอย่างละเอียดต่อไปทางคลินิก ในที่นี้ขอยกตัวอย่างอย่างเพียงสังเขป เช่น

1.1 Sexual Addiction Screening Test (SAST) สร้างและพัฒนาโดย Carnes⁽⁴⁶⁾ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบทดสอบเอง แบบทดสอบชุดนี้มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ 25 คะแนน คะแนนเกิน 13 คะแนน เป็นจุดกำหนดว่าผู้นั้นมีพฤติกรรมเสพติดเรื่องเพศ SAST มีการทดสอบแบบสอบถามนี้ในช่วงเริ่มต้นพัฒนา พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เหมาะที่จะใช้กับเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนต่างเพศ ดังนั้น แบบทดสอบนี้ จึงถูกพัฒนาแยกออกอีก 2 ประเภท ได้แก่ SAST-Women (WSAST) สำหรับใช้ทดสอบผู้หญิง และ SAST-Gay Men (GSAST) ใช้สำหรับทดสอบชายรักร่วมเพศ

1.2 Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI) Coleman และคณะ⁽⁴⁷⁾ พัฒนาขึ้นโดยประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ Control, Abuse, และ Violence จำนวนรวม 28 ข้อคำถาม คะแนนต่ำบ่งบอกถึงการมีระดับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศสูง จากการทดสอบของ Miner แสดง

ให้เห็น validity ที่ดีในด้าน Control และด้าน Violence เท่านั้น

1.3 Sexual Compulsivity Scale (SCS) พัฒนาโดย Kalichman และ Rompa⁽⁴⁸⁾ โดยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาแปลและพัฒนาต่อ รายละเอียดของการให้คะแนนและจุดตัด อยู่ในบทที่ 3 ของนิพนธ์เล่มนี้และข้อคำถามรวมทั้งการตรวจสอบเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยแล้วได้รวบรวมไว้ในภาคผนวก

1.4 Garos Sexual Behavior Index (GSBI) Garos และ Stock⁽⁴⁹⁾ พัฒนาขึ้นโดยมีข้อคำถาม 70 ข้อ แยกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความขัดแย้ง (Discordance), ภาวะถูกครอบงำด้วยเรื่องเพศ (Sexual obsession), การยินยอม (Permissiveness), และการกระตุ้นทางเพศ (Sexual stimulation)

2. การประเมินทางคลินิก

2.1 The Diagnostic Interview for Sexual Compulsivity (DISC) เนื่องจากไม่มีหลักการวินิจฉัยที่ชัดเจนสำหรับพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศใน DSM-IV-TR Morgenstern และคณะ⁽⁵⁰⁾ ได้พัฒนา DISC โดยใช้หลักการจาก Structured Clinical Interview for the DSM-IV (SCID) ในหมวด Substance abuse and dependence. DISC ประเมินผู้ป่วยใน 6 ด้าน โดยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์ ได้แก่

- 2.1.1 ระยะเวลาที่พฤติกรรมรบกวนจิตใจ
- 2.1.2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหา 7 อย่าง
- 2.1.3 เข้าข่าย Abuse หรือ Incompence
- 2.1.4 มีการเกิดขึ้นของการรบกวนทางจิตใจ
- 2.1.5 อายุที่เริ่มอาการการเกิดโรค
- 2.1.6 ต้นเหตุของปัญหา

2.2 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Compulsive Sexual Behavior (YBOCS-CSB) พัฒนาโดย Muench และคณะ⁽⁵¹⁾ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งพัฒนาต่อมาจาก Yale Brown Obsessive Compulsive Scale โดยมีข้อคำถามที่เชิงวัตถุวิสัย (Objective - เช่น คุณใช้เวลาหมดไปกับการคิดและความต้องการทางเพศมากแค่ไหน) และข้อคำถามที่เชิงจิตวิสัย (Subjective เช่น คุณคิดว่าคุณสามารถควบคุมความคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศได้มากแค่ไหน) ให้คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนนรวม 0 ถึง 40 โดยคะแนนมากถือว่ามีพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศสูง

ความผิดปกติทางจิตหรือโรคทางจิตอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ (Psychological Comorbidity)

การคาดคะเนของความชุกและโรคพ่วงแตกต่างกันออกไปเนื่องจากการศึกษาพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศของนักวิจัย มีแนวคิด คำจำกัดความ รูปแบบของพฤติกรรม และกลุ่มตัวอย่างหลากหลายตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาของโรคพ่วงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการดำเนินพฤติกรรมและผลกระทบทางลบต่อปัจจัยสำคัญต่างๆในชีวิต (เช่น ผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคู่หรือครอบครัว การงาน หรือ สังคม เป็นต้น) ถ้าพฤติกรรมที่ทำให้ผลกระทบกับสิ่งสำคัญต่างๆในชีวิตมาก ปัญหาของโรคพ่วงก็จะมากขึ้นไปด้วย

จากงานวิจัยหลายฉบับ พบโรคที่พ่วงหรือเคยเป็นในอดีตในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ ได้แก่

- | | |
|--|---------------|
| 1. โรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) | ประมาณ 40% |
| 2. โรคทางอารมณ์ (Mood Disorder) | ประมาณ 70% |
| 3. การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ | ประมาณ 30-50% |
| 4. ปัญหาการรับประทานอาหาร (Eating Disorder) | ประมาณ 32% |
| 5. การใช้จ่ายฟุ่มเฟือย (Compulsive spending) | ประมาณ 13% |
| 6. โรคสมาธิสั้น (ADHD) | ประมาณ 18% |

โดยมีรายละเอียดต่างๆตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โรคพ่วงหรือความผิดปกติทางจิตที่เคยเป็นครั้งหนึ่งในชีวิต ในประชากรที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ⁽⁵²⁾

ผู้วิจัย/ปีที่ ทำวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	โรคพ่วงใน Axis I	เวลาที่เข้าไปกับเรื่อง เพศต่อวัน	กิจกรรมทางเพศที่ทำ
Kafka และ Prentky (1994)	ชายที่มารับการรักษาโดยมี พฤติกรรมของ PRD 26 คน	80.8% โรคทางอารมณ์ 61.5% โรคประสาทซึมเศร้า 46.2% โรควิตกกังวลต่างๆ 46.2% กลัวการเข้าสังคม 46.2% การใช้สารเสพติดหรือกระตุ้น	N/A	84.6% สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 80.8% หาคู่นอนและมีคู่นอนหลายคน 73% ใช้สื่อลามกต่างๆ
Kafka และ Prentky (1998)	ชายที่มารับการรักษาโดยมี พฤติกรรมของ PRD 18 คน	66.7% โรคทางอารมณ์ 61.1% โรคประสาทซึมเศร้า 42.9% โรควิตกกังวลต่างๆ 22.2% กลัวการเข้าสังคม 38.9% การใช้สารเสพติดหรือกระตุ้น 16.7% Impulsivity disorder NOS	N/A	72.2% สำส่อนทางเพศ 72.2% สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 61.1% ใช้สื่อลามกต่างๆ
Kafka และ Hennen (2002-2003)	ชายที่มารับการรักษาโดยมี พฤติกรรมของ PRD 32 คน	71.8% โรคทางอารมณ์ 68.7% โรคประสาทซึมเศร้า 37.5% โรควิตกกังวลต่างๆ 25% กลัวการเข้าสังคม 25% การใช้สารเสพติดหรือกระตุ้น 18.7% ADHD	15-30 นาทีต่อวัน	72.5% สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 47.5% ใช้สื่อลามกต่างๆ 44% มีคู่นอนหลายคน

ตารางที่ 1 (ต่อ) โรคพ่วงหรือความผิดปกติทางจิตที่เคยเป็นครั้งหนึ่งในชีวิต ในประชากรที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ⁽⁵²⁾

ผู้วิจัย/ปี ที่วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	โรคพ่วงใน Axis I	เวลาที่ใช้ไปกับเรื่อง เพศต่อวัน	กิจกรรมทางเพศที่ทำ
Black และคณะ (1997)	ชาย 28 คน หญิง 8 คน ตอบรับการประกาศรับสมัคร เพื่อเข้าร่วมการศึกษา	39% โรคทางอารมณ์ 42% กลัวการเข้าสังคม 64% การใช้สารเสพติดหรือกระตุ้น	ไม่มีข้อมูล	17% สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 22% หาคู่นอนหรือมีคู่นอนหลายคน
Raymond และคณะ (2003)	ชาย 21 คน หญิง 2 คน ตอบรับการประกาศรับสมัคร เพื่อเข้าร่วมการศึกษา พฤติกรรมย่ำทำเรื่องเพศ	33% โรคทางอารมณ์ 42% โรควิตกกังวลต่างๆ 71% การใช้สารเสพติดหรือกระตุ้น	80% คิดถึงเรื่องเพศ น้อยกว่า 60 นาที 72% มีความ ต้องการทางเพศ น้อยกว่า 60 นาที	52% สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 82% หาคู่นอนหรือมีคู่นอนหลายคน

PRD = Paraphilia Related Disorder (โรคที่เกี่ยวข้องกับกามวิปริต), ADHD = Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (โรคสมาธิสั้น)

NOS = Not Otherwise Specified

ผลกระทบของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

1. ผลกระทบทางสุขภาพทางกาย

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากกว่าในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ เช่น ซิฟิลิส หนองใน หรือการได้รับบาดเจ็บบริเวณอวัยวะเพศเนื่องจากการใช้อวัยวะเพศมากเกินไป นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ โรคไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี

2. ผลกระทบด้านการงานและการเงิน

ผู้ป่วยอาจใช้เงินเป็นจำนวนมากเพื่อซื้อวัสดุลามก เช่น สิ่งพิมพ์ นิตยสาร วิดีทัศน์ ดีวีดี ซื้อบริการจากผู้ขายบริการทางเพศ หรือสมัครเป็นสมาชิกตามเว็บไซต์อนาจารเพื่อใช้บริการดูภาพหรือภาพยนตร์ รวมทั้งเว็บไซต์สำหรับการหาคู่นอน นอกจากนี้ยังใช้เวลาหมดไปกับเรื่องเพศจนอาจทำให้ไม่มีเวลาและความตั้งใจในการทำงาน หรือใช้คอมพิวเตอร์ในที่ทำงานท่องอินเทอร์เน็ตเพื่อตอบสนองความคิดฟุ้งซ่านทางเพศของตน จนอาจทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรืออาจถูกเชิญให้ออกจากงาน

3. ผลกระทบด้านกฎหมาย

ผู้ป่วยพฤติกรรมย่ำทำทางเพศส่วนหนึ่ง มีอาการของกามวิปริต (Paraphilia) ซึ่งในบางกรณีเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การชอบมีเพศสัมพันธ์กับเด็ก (Pedophilia)

4. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

มีผลกระทบกับความสัมพันธ์ของครอบครัว คู่สมรสหรือแฟน โดยพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังจากความพึงพอใจในเรื่องเพศในมิติและปริมาณมากกว่าที่คนทั่วไปมี ขณะเดียวกันยังอาจทำลายความไว้วางใจเนื่องจากมีการกระทำแอบซ่อนและปกปิดก่อให้เกิดความผิดหวังกับคู่ของตน และทำลายความสัมพันธ์ จนอาจจบลงด้วยการเลิกหรือหย่าร้าง และทำให้ผู้ป่วยหมดความเชื่อในเรื่องการมีคู่ต่อไป นอกจากนี้ ความอับอายและความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นในใจของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากความอับอายหรือความรู้สึกผิดในผู้มีปัญหาในการใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ติดสารถูกมองว่าเป็นเหยื่อของยาเสพติด แต่ผู้ที่เสพติดเรื่องเพศเป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ความไม่สบายใจภายในจึงมีมากกว่าเพราะเหตุผลจากการตัดสินใจของสังคม โดยเฉพาะข่าวต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกระทำผิดทางกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องเพศ (Sex offenders, Pedophilia)

แนวทางการรักษา

1. ด้านจิตสังคม ให้การรักษาได้หลายวิธี ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยการทำจิตบำบัด การทำจิตบำบัดเพื่อรักษาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศที่นิยมใช้มากที่สุดคือ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และ Psychodynamic Psychotherapy โดย CBT ประยุกต์การรักษาการใช้สารเสพติดมาใช้กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ โดยให้ความสำคัญในการที่บ่งถึงตัวจุดชนวน (trigger) ของการเกิดความต้องการทางเพศ และทำการปรับเปลี่ยนความคิดผิดๆของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องเพศ รวมทั้งเน้นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่วน Psychodynamic Psychotherapy เน้นที่ต้นตอของปัญหาจากจิตไร้สำนึก ที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ โดยส่วนมากจะมีการสร้างหัวข้อในการคุยเพื่อรักษา (Theme) ในเรื่องความรู้สึกผิดและละอาย การหลีกเลี่ยง ความโกรธ การขาดความพึงพอใจในตนเอง นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Schneider พบว่า พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของกลุ่มสมรส และบางครั้งอาจพบได้ในทั้งคู่ สุขภาพจิตของกลุ่มสมรสเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้คู่ของตนหายจากอาการป่วย ดังนั้นจิตบำบัดประเภทอื่นเช่น จิตบำบัดครอบครัวหรือคู่สมรส จึงเป็นการรักษาที่น่าจะเป็นประโยชน์ โดยเฉพาะหากปัญหาภายในครอบครัวเป็นต้นเหตุของการเริ่มพฤติกรรม จิตบำบัดครอบครัวจึงมีโอกาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและคู่ของผู้ป่วยเริ่มกลับมาไว้ใจกัน และมีการสื่อสารมากขึ้น ลดความรู้สึกผิดและความละอาย ทำให้สถานการณ์ของการมีคู่มั่นคงขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถตัดวงจรของการเป็นโรคเดียวกันต่อไปได้ในรุ่นลูกด้วย

1.2 การรักษาแบบกลุ่ม การรักษาแบบกลุ่มเป็นที่นิยมในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยที่ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมได้โดยไม่จำกัดจำนวน และมีผู้ป่วยที่หายแล้วเป็นผู้คอยให้กำลังใจ และให้คำแนะนำ ตัวอย่างเช่น Sexual Addicts Anonymous, Sex and Love Addicts Anonymous, Sexaholics Anonymous ทั้งสามกลุ่มประยุกต์การรักษาจากหลักทฤษฎีและหลักปฏิบัติสำหรับการเลิกใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ 12 ขั้นตอน

2. การรักษาด้วยยา

มีการทดลองการรักษาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศด้วยยาอยู่หลายประเภท ได้แก่ antidepressant, mood stabilizer, antipsychotic และ antiandrogen การตัดสินใจเรื่องใช้ยาของจิตแพทย์โดยมากขึ้นอยู่กับการวินิจฉัย และอาการว่าคล้ายหรือเหมือนกับที่พบในการป่วยด้วยโรคทางจิตอื่นๆ เช่น การมีปัญหากการใช้สารเสพติด หรือ พฤติกรรมย่ำทำที่ไม่ได้แสดงออกทางเรื่องเพศ

อ้างถึงในบทความของ Fong TW ว่ามีการทดลองใช้ SSRIs ในผู้ป่วยที่มีอาการย้ำทำในเรื่องเพศ โดยอาศัยผลข้างเคียงของยาที่ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง นอกจากนี้ยังมีการลองใช้ยาในกลุ่ม Opiate antagonist (เช่น Nitrexone) สำหรับผู้มีพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ โดยตัวยาจะไปมีผลกระทบต่อ reward system

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Grov C และคณะ⁽⁵³⁾ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศและอินเทอร์เน็ต ในกลุ่ม MSM และกลุ่มชาย Bisexual ที่มีประสบการณ์เรื่องการไม่สามารถควบคุมความคิดและพฤติกรรมทางเพศ โดยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบทบาทอินเทอร์เน็ต ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม และพบว่า อินเทอร์เน็ต เป็นช่องทางเพื่อปลดปล่อยความคิดและความต้องการทางเพศที่ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นของความคิดในปัญหาชีวิตอื่นๆ ใน MSM บางส่วน อินเทอร์เน็ต เปรียบเหมือนสถานที่นัดพบของคนกลุ่มเดียวกัน เพื่อจุดประสงค์เดียวกัน คือการหาคู่ทำกิจกรรมทางเพศ และในบางส่วนใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสทางสรีระ (Cybersex) เพราะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้ติด STD หรือ HIV ได้⁽¹⁶⁾

Grov และคณะ⁽⁵⁴⁾ ยังได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเสี่ยงกับพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศของกลุ่ม MSM และกลุ่มชาย Bisexual พบว่าแบบวัด Sexual Compulsivity Scale (SCS) สามารถใช้เป็นเครื่องมือทำนายการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน ซึ่งเป็นต้นเหตุของการติด STD รวมถึง HIV ด้วย

นอกจากนี้ Grov และคณะ⁽⁵⁵⁾ ยังได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่าการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ในทางลบ (เช่น ความกลัว ความโกรธ ความเศร้า) ทำให้มีการทำพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยลงในกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แต่ไม่ลดลงในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ

Satinsky S และคณะ⁽⁵⁶⁾ ทำการศึกษาพฤติกรรมทางเพศและรูปแบบของการหาคู่เพื่อทำกิจกรรมทางเพศ ของกลุ่ม MSM ใน Midwestern ของ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการใช้แบบวัด SCS ในการประเมิน พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีคะแนน SCS สูง มักจะใช้บริการของสถานเริงรมย์ที่ใช้พบปะเพื่อหาคู่ทำกิจกรรมทางเพศมากกว่าจะใช้บริการในสถานที่เพื่อการเข้าสังคมเพื่อพบปะคนทั่วไป

Parsons และคณะ⁽⁵⁷⁾ ทำการศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศในกลุ่ม MSM และชาย Bisexual ที่คิดว่าตนเองมีปัญหาในการควบคุมความคิดและพฤติกรรมทางเพศ พบปัจจัยกระตุ้นที่เกิดขึ้นฉับพลัน เช่น การมีปัญหาของความสัมพันธ์กับคู่ หรือ Life stressor อื่นๆ ที่เป็นปัญหาใหญ่ และพบปัจจัยกระตุ้นที่เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอันได้แก่ สถานที่ ผู้คนที่ได้พบปะ การใช้สารเสพติด หรือการใช้สื่อเรื่องเพศด้านต่างๆ นอกจากนี้ Parson และคณะ⁽¹⁶⁾ ยังได้ทำการศึกษาในกลุ่ม MSM และกลุ่มชาย Bisexual ในกรุงนิวยอร์ก เพื่อค้นหาต้นตอที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ โดยใช้การสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างว่าพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศมีสาเหตุมาจากอะไร ความเห็นที่ได้มีความแตกต่างกันไปโดยมีทั้งสาเหตุจากปัจจัยภายใน ที่เป็น Predisposing Factors เช่นจากยีนส์ หรือปัจจัยทางจิตสังคมในวัยเด็ก เช่น การถูกทอดทิ้งละเลย การถูกทารุณกรรมทางเพศ หรือปัจจัยเรื่องการมีตัวเลือกของการหาคู่นอนเพื่อทำกิจกรรมทางเพศที่มากกว่า และความง่ายในการเข้าถึงกิจกรรมดังกล่าว

Kalichman และคณะ⁽⁵⁸⁾ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของระหว่างตัวชี้แนะเรื่องพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศและพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงในกลุ่มตัวอย่างชาย 492 คน และหญิง 193 คน ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในคลินิก STD พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศสูง โดยจุดตัดอยู่ที่เปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 80 (โดยกำหนดจุดตัดที่มากกว่าหนึ่งเท่าของ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงกว่าค่ามัธยฐาน) พบว่ากลุ่มที่อยู่เหนือจุดตัด มีคู่นอนมากกว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงที่มากกว่าเมื่อเวลามีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวหรือคู่นอนแบบครั้งเดียว และมีการติด STD มากกว่ากลุ่มที่อยู่ใต้จุดตัดเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 80 ถึง 4 เท่า

Coleman และคณะ⁽⁵⁹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อินเทอร์เน็ต ในการหาคู่นอนโดยใช้แบบวัด Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI) พบว่าคะแนนของ CSBI มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับทุกเชื้อชาติ และกลุ่มที่มีคะแนนสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีการร่วมเพศทางทวารหนักโดยไม่มีการป้องกัน (Unprotected Anal Intercourse, UAI) นอกจากนี้ยังพบด้วยว่ากลุ่ม HIV Positive โดยรวม มีคะแนน CSBI สูงกว่ากลุ่ม HIV Negative

Raymond และคณะ⁽⁴³⁾ ทำการศึกษา Psychiatric comorbidity ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ พบว่า 88% ของกลุ่มตัวอย่าง มีอาการใน Axis I ณ ช่วงเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ และทั้ง 100% เคยมีอาการในช่วงหนึ่งของชีวิต โรคที่วินิจฉัยได้คือโรคทางอารมณ์ (Mood Disorders) และโรควิตกกังวล (Anxiety- Disorders)

Carrico และคณะ⁽⁶⁰⁾ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางอารมณ์ กับ ใช้สารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (โดยเฉพาะภาวะเศร้า) และผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัด Sexual Compulsivity สูง มีอัตราเสี่ยงสูงในการใช้สารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท

Reid และคณะ⁽⁶¹⁾ ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 120 คนที่คิดว่าตนเองมีปัญหาเรื่อง พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ พบว่าผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัด SCS สูง มีโอกาสที่จะมีปัญหาเรื่องการ จัดการกับอารมณ์ ปัญหาของภาวะซึมเศร้า ปัญหาการไม่สามารถอธิบายอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับ ตนเอง (Alexithymia) และปัญหาการรับมือกับความเครียด มากกว่าผู้ที่มีคะแนนจากแบบวัด SCS ต่ำกว่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sampling)

ประชากร (Population) ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) คำนวณโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

Z² = ค่า Z จากตาราง Z เมื่อ Alfa = 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

p = สัดส่วนของความชุกของ Compulsive Sexual Behavior ในกลุ่มคนทั่วไป (ชาย) เท่ากับ 0.06 จากการศึกษาของ Cooper และคณะ (2000).²²

q = 1-p

d = ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.04

$$n = \frac{1.96^2(0.06)(0.94)}{0.04^2} = 135.42$$

ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 135 คน แต่เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 149 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ผู้ปวยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษาและสมัครใจตอบแบบสอบถามเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- เพศชาย สัญชาติไทย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- สามารถอ่าน เขียน ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้
- เคยมี หรือยังมีเพศสัมพันธ์กับชาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 81 ข้อ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนคำตอบในแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง คำถามประกอบด้วย อายุ สภาพทางร่างกาย สถานภาพของการมีคู่อ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะการติดเชื้อ HIV โรคประจำตัว และประวัติการใช้สารเสพติด

2. **แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับเรื่องเพศ** ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง ประกอบด้วย จำนวนและเพศของคู่นอน ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ HIV ของตนเองและการทราบสถานะการติดเชื้อของคู่นอน ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ การใช้เวลาเกี่ยวกับเรื่องเพศ การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทั้งคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราว การใช้สารเสพติด ความถี่และระยะเวลาของการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการทำกิจกรรมทางเพศแต่ละครั้ง

3. **แบบวัดพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ** โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามนี้มาจากแบบสอบถาม Sexual Compulsivity Scale (SCS) ของ Seth C. Kalichman และ David

Rompa⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบวัดที่ใช้การให้คะแนนตัวเองเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรมทางเพศและผลกระทบของพฤติกรรมและความคิดที่มีต่อความรู้สึกของตน โดยแต่ละข้อ จะเป็นประโยคบอกเล่าที่มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ การใช้เวลากับเรื่องทาง เพศ และความคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ แต่ละข้อให้ผู้ตอบเลือกจากคำตอบ 4 ระดับ โดยคำตอบแต่ละ ข้อจะมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดยมีการให้คะแนนดังนี้

ไม่จริงเลย	=	1
จริงน้อย	=	2
จริงเป็นส่วนมาก	=	3
จริงมากที่สุด	=	4

โดยคะแนนรวมคิดจากผลรวมของคะแนนจากคำถามแต่ละข้อที่ตอบ ผลลัพธ์จะมีค่า ตั้งแต่ 10 - 40 โดยคะแนนมากถือว่ามีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศสูง แบ่งระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 10 – 23 คะแนน แสดงว่า ไม่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

ช่วงคะแนน 24 – 40 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ⁽²⁵⁾

ผู้วิจัยเลือกแบบวัดฉบับนี้เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่าง MSM แบบวัดนี้ถูกพัฒนามาจาก Self-help Guide ของคนที่มีปัญหา เรื่องการควบคุมความคิดและพฤติกรรมทางเพศของตนเอง หรือเชื่อว่าตัวเองมีอาการของการเสพติดเซ็กซ์ จากการศึกษาการทดสอบแบบวัดหลายฉบับ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV แต่ยังไม่ติดเชื้อ แบบวัด SCS แสดงให้เห็นความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Alpha ระหว่าง 0.84-0.89 และจากการทำ Test-Retest ที่ระยะเวลา 3 เดือนเพื่อตรวจสอบ Reliability พบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยพบ Correlations ระหว่าง 0.64-0.95 มีการศึกษาความเที่ยงตรงของแบบวัดเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ทั้งชายและหญิงจำนวน 287 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89 ในกลุ่มผู้ชาย และ 0.92 ในกลุ่มผู้หญิง⁽¹⁷⁾

ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายทางอีเมลเพื่อขออนุญาตเจ้าของแบบวัด (Seth C. Kalichman) และ หลังจากได้รับอนุญาตให้ใช้แบบวัดเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านภาษาแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและ สำนวนภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตเวช 4 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน หลังจากนั้นนำ กลับมาแก้ไข แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วตรวจสอบว่ายังคง ความหมายเดิมตามเนื้อหาเดิมหรือไม่ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึง

กับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และค่าคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยสูตร Cronbach's Alfa coefficient ได้ค่าอัลฟา 0.856 และความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อความถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.80 ถึง 0.84

4. แบบคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้แบบประเมิน The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)⁽⁷²⁻⁷⁴⁾ ประกอบด้วยคำถาม 10 คำถามซึ่งแต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนน ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ที่อันตรายหรืออันตรายมาก (Hazardous or Harmful Use) แบบวัด AUDIT เป็นแบบคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกใช้อย่างแพร่หลายทั้งในการคัดกรองทางคลินิกและในงานวิจัยทั่วโลก โดยมีค่าความเชื่อมั่น Alpha = 0.86⁽⁷⁴⁾

5.แบบสอบถามคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วไป General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 12)

Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็น แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหา สุขภาพจิตหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบสอบถาม Thai GHQ 12 เพราะมีความสั้นกะทัดรัด โดยมีข้อความเพียง 12 ข้อ แต่ครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ ได้ทั้ง 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามี โรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis)

คำถามแต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัว การให้คะแนนแต่ละข้อความ ใช้การคิดแบบ GHQ Score (0-0-1-1)

การแปลผลของ Thai GHQ-12 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่า ผิดปกติ

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่น และความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และ ฉบับอื่นๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อความถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมี ค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3

และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7⁽⁷⁵⁾

6. แบบวัดความวิตกกังวล ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์กเกอร์ (Spielberger, 1983) ชื่อ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form)⁽⁷⁶⁾ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ชาติวี นนทศักดิ์ และจิ้น แบรี (2535) โดยนำมาเฉพาะความวิตกกังวลแบบติดตัว (Trait subscale) จำนวน 20 ข้อ

Trait Anxiety, A-trait (STAI Form Y-2) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น

ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 11 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18 และ 20 ประเมินค่า 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตามคำตอบที่ได้ดังนี้

เกือบไม่มีเลย	กำหนดคะแนน 1
บางครั้ง	กำหนดคะแนน 2
บ่อยครั้ง	กำหนดคะแนน 3
เกือบตลอดเวลา	กำหนดคะแนน 4

ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 9 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ ข้อ 19 โดยกำหนดคะแนนตามคำตอบที่ได้ดังนี้

เกือบไม่มีเลย	กำหนดคะแนน 4
บางครั้ง	กำหนดคะแนน 3
บ่อยครั้ง	กำหนดคะแนน 2
เกือบตลอดเวลา	กำหนดคะแนน 1

คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุด 80 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน แบ่งระดับความวิตกกังวล ดังนี้

ช่วงคะแนน 20 - 40 คะแนน แสดงว่า ไม่มีวิตกกังวลระดับเล็กน้อย

ช่วงคะแนน 41 - 60 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลบ้าง

ช่วงคะแนน 61 - 70 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก

ช่วงคะแนน 71 - 80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลมากที่สุด

Trait Anxiety, A-trait (STAI Form Y-2) มีค่าความเชื่อถือ ได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.86 ถึง 0.92 และจากการทำ Test-Retest เพื่อตรวจสอบ Reliability ได้ค่า 0.73-0.92³⁰

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และค่าคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยสูตร Cronbach's alfa coefficient ได้ค่า 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยยื่นต่อ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเข้ายื่นต่อผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

3. เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าเจ้าหน้าที่ของคลินิกนิรนามเพื่อขอการอำนวยความสะดวก และเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 4.1 เริ่มจากการแนะนำตนเองของผู้วิจัยต่อชายที่มารับบริการของคลินิก และเริ่มชี้แจงโครงการวิจัยในส่วนของประชากรตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกเป็นลำดับแรก หากผู้มาใช้บริการของคลินิกคิดว่าตนเองไม่ได้เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้วิจัยจะไม่รับผู้นั้นเข้าโครงการวิจัย เนื่องจากไม่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างในระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนดไว้ ส่วนผู้มาใช้บริการที่เข้าข่ายอยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จะได้อ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอย่างละเอียดต่อไป

- 4.2 ผู้วิจัยชี้แจงถึงรายละเอียดของโครงการทั้งหมด พร้อมทั้งตอบคำถามที่ผู้มาใช้บริการมีต่อโครงการ หลังจากนั้นจึงจะขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือแสดงความยินยอมด้วยวาจา ก่อนที่จะให้ตอบแบบสอบถาม

- 4.3 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามทุกชุด โดยการให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยกรอกด้วยตนเองทุกฉบับ

- 4.4 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที ขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยจะขอใช้ช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยรอตรวจ โดยเริ่มตั้งแต่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับเรื่องเพศ แบบวัดพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ (Sexual Compulsivity Scale) แบบคัด

กรรณปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-12) และแบบวัดความวิตกกังวล (STAI Form Y-2) ฉบับภาษาไทย

4.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบสมบูรณ์ หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้มาคิดคะแนน และทำการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 16 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงกลุ่ม 2 ตัว โดยใช้สถิติ Chi-square การหาค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับตัวแปรเชิงกลุ่มด้วย T-Test หรือ Kruskal-Wallis U-test และการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ ใช้ Spearman's correlation
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศด้วยสมการ Logistic regression โดยวิธี Forward Likelihood Ratio

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรีนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยแยกผลการวิเคราะห์เป็น 4 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรีนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
- ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ
- ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศ คะแนนความวิตกกังวลแบบติดตัว คะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และคะแนนสุขภาพจิตโดยรวม
- ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรีนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรีนาม จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ลักษณะทั่วไปของผู้มารับบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	(N = 151)	%
อายุ (Mean = 28.12, S.D. = 6.192, min = 18, max = 49)		
18 ปี – 25 ปี	51	33.8
26 ปี – 35 ปี	84	55.6
35 ปี ขึ้นไป	16	10.6

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรี
นาม จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ลักษณะทั่วไปของผู้มารับบริการ	จำนวน (คน) (N = 151)	ร้อยละ %
สภาพทางเพศของร่างกาย		
ชาย	149	98.7
สาวประเภทสองที่ยังไม่ผ่านการผ่าตัดแปลงเพศ	2	1.3
สถานภาพการมีคู่		
โสด	96	63.6
มีคู่	55	36.4
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	31	20.5
ปริญญาตรี	98	64.9
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	22	14.6
อาชีพหลัก		
ไม่ทำงาน / นักเรียน / นักศึกษา	40	26.5
อาชีพส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	23	15.2
พนักงาน / รับจ้าง	69	45.7
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	19	12.6
เหตุผลที่มารับบริการของคลินิกนรีนาม (n = 150)		
ตรวจสถานะการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยไม่มีอาการ	115	76.7
ตรวจเช็คสถานะการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยมีอาการ	17	11.3
แพทย์นัด	18	12.0
สถานะการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง		
ไม่ติดเชื้อ / ไม่ทราบ / ไม่ขอตอบ	125	82.8
ติดเชื้อ	26	17.2
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	132	87.4
มี	19	12.6

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรี
 นาม จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ลักษณะทั่วไปของผู้มารับบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ %
ประวัติการใช้สารเสพติด (เคยใช้ หรือยังใช้อยู่) (n = 150)		
ยาบ้า / ยาอี / ยาไอซ์	10	6.6
โคเคน (Cocaine)	17	11.3
เคตามีน (Ketamine)	4	2.7
ป๊อปเปอร์ (Amylnitrite)	23	15.2
กัญชา	13	8.6
ไม่เคยใช้	84	55.6

จากตารางที่ 2 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 28.12 ปี (S.D. = 6.19, range, 18 - 49) มีสภาพร่างกายเป็นชายเกือบทั้งหมด (มีเพียง 2 รายที่เป็นสาวประเภทสองที่ยังไม่ผ่านการผ่าตัดแปลงเพศ, 1.3%) และเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับชายทั้งหมด โดยมีเพียง 2% ที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับทั้งเพศชายและเพศหญิง (Bisexual) สถานภาพการมีคู่คือโสด 63.6% มีคู่ที่เป็นชาย 34.3% และมีเพียง 2% ที่มีคู่เป็นหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาค่อนข้างสูง โดย 79.5% มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า สถานะการติดเชื้อ HIV (Seropositive) อยู่ที่ 17.2% อาชีพส่วนใหญ่คือเป็นพนักงานบริษัทหรือรับจ้าง (45.7%) ทางด้านประวัติการใช้สารเสพติด 22.5% ของกลุ่มตัวอย่างเคยใช้หรือยังใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด โดยที่ป๊อปเปอร์ (15.3%) โคเคน (11.3%) กัญชา (8.7%) และเอ็กสตาซี (6.6%) เป็นสารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทที่ถูกใช้มากที่สุดตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกทางพฤติกรรมทางเพศ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรี
นาม จำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ

ลักษณะของพฤติกรรมทางเพศของผู้มารับบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ %
อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 151, Mean = 18.7, S.D.= 3.15, min = 10, max = 30)		
น้อยกว่า 18 ปี	43	28.5
18 ปี – 25 ปี	96	63.6
มากกว่า 25 ปี	12	7.9
การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองต่อการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (n = 151)		
ไม่มีความเสี่ยง	44	29.1
มีความเสี่ยงเล็กน้อย	53	35.1
มีความเสี่ยงปานกลาง	35	23.2
มีความเสี่ยงสูง	19	12.6
จำนวนคู่นอนในช่วง 1 เดือน (n = 149, Mean = 1.66, SD.= 2.234, min = 0, max = 13)		
ไม่มีเพศสัมพันธ์หรือมี 1 คน	92	60.9
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	45	31.1
ไม่ขอตอบ	12	7.9
สภาพทางร่างกายของคู่นอน (n = 104)		
ชาย	104	100%
การมีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก (n = 113)		
ไม่มี	46	40.7
มี	67	59.3
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ (n = 113)		
ใช้	55	48.7
ไม่ใช้ / ใช้บางครั้ง	58	51.3
การทราบสถานะของการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องของคู่นอนประจำ (n = 113)		
ทราบ / คิดว่าทราบ	35	30.9
ไม่ทราบ	78	69.1

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนรี

นาม จำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ

ลักษณะของพฤติกรรมทางเพศของผู้มารับบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ %
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว (n = 90)		
ใช้	52	57.8
ไม่ใช้ / ใช้บางครั้ง	38	42.2
การทราบสถานะของการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องของคู่นอนชั่วคราว (n = 91)		
ทราบของทุกคน	1	1.1
ไม่ทราบ / ทราบของเฉพาะบางคน	90	98.9
การเปิดเผยสถานะของการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องของตนเองกับคู่นอน (n = 93)		
เปิดเผย	29	31.2
ไม่เปิดเผย	41	44.1
ไม่ขอตอบ	23	24.7
การใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขายบริการทางเพศ (n = 20)		
ใช้	13	65.0
ไม่ใช้ / ใช้บางครั้ง	7	35.0
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (n = 8)		
ใช้	3	37.5
ไม่ใช้ / ใช้บางครั้ง	5	62.5
การใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างการทำกิจกรรมทางเพศ (n = 148)		
ไม่ใช้	131	88.5
ใช้บางครั้ง / ใช้ทุกครั้ง	17	11.5
การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n = 147)		
ไม่มี	110	74.8
มี / ไม่แน่ใจ	37	25.2
จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองต่อสัปดาห์ (n = 150)		
(Mean = 3.98, S.D.= 3.36 , min = 0, max = 20)		
ไม่มีเพศสัมพันธ์และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	4	2.6
1 - 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	43	28.7

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการที่คลินิก

นิรนาม จำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ

ลักษณะของพฤติกรรมทางเพศของผู้มารับบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (ต่อ) (n = 150)		
3 - 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์	59	39.3
มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์	23	15.3
ไม่ขอตอบ	21	13.9
จำนวนครั้งในการใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศหรือค้นหาคู่นอน (n = 133)		
(Mean = 1.79, S.D.= 2.40, min = 0, max = 10)		
ไม่ใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศหรือค้นหาคู่นอน	63	47.4
1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์	38	28.6
3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์	17	12.8
ตั้งแต่ 6 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	15	11.2
เวลาเฉลี่ยของการใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศหรือค้นหาคู่นอน (n = 130)		
(Mean = 1.22, S.D.= 1.75, min= 0, max= 9)		
ไม่ใช้อินเตอร์เน็ตในเรื่องทางเพศ	60	45.5
10 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ต่อครั้ง	52	39.4
มากกว่า 2 ชั่วโมง ถึง 4 ชั่วโมง ต่อครั้ง	12	9.1
มากกว่า 4 ชั่วโมง ต่อครั้งขึ้นไป	8	6.1
เวลาที่ใช้ไปกับเรื่องเพศโดยเฉลี่ยต่อวัน (n = 135)		
(Mean = 100.52 , S.D.= 111.59, min= 0, max = 720)		
0 - 60 นาที	82	60.7
61 - 180 นาที	41	30.4
มากกว่า 180 นาที	12	8.9
ความบกพร่องในหน้าที่เนื่องจากเรื่องเพศ(การงานหรือการเรียน) (n = 151)		
ไม่เคย	140	92.7
เคย	11	7.3

จากตารางที่ 3 อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 18.87 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.15 อายุต่ำสุดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 10 ปี และสูงสุดคือ 30 ปี ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 29.8% (n=45) ของกลุ่มตัวอย่าง มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และ 59.3% มีเพศสัมพันธ์โดยเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก (n=67)

ในด้านการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ พบ 69.1% (n=58) ที่ไม่ใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอกับคู่นอนประจำ ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว (N=90) พบ 42.2% (n=38) ที่ไม่ใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอ กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (N=8) พบ 62.5% (n=5) ที่ไม่ใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอ และ 35% (n=7) ของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายบริการทางเพศ (N=20) ไม่ใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอ ส่วนในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา 15.65% (n=23) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ตอบคำถาม (N=147) มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างกิจกรรมทางเพศ พบ 11.5% (n = 17) มีการใช้สารเสพติดหรือยาช่วยการแข็งตัวของอวัยวะเพศ โดยยาหรือสารที่ใช้กันมากที่สุดคือ Viagra และไอซ์ (Crystal meth-amphetamine)

ด้านพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับเรื่องเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศ หรือเพื่อค้นหาคู่นอนเป็นอัตรา 53% (n=70) โดย 60% ของกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตนี้ (n=42) ใช้เวลาเฉลี่ย มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อครั้ง

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเฉลี่ยต่อวันไปกับเรื่องเพศเท่ากับ 105.52 นาที โดย 49% ใช้เวลาระหว่างครึ่งถึง 1 ชั่วโมงต่อวัน และ 8.9% ใช้เวลามากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน

ตอนที่ 3 พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ความวิตกกังวลแบบติดตัว ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ และสภาวะสุขภาพจิตโดยรวม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิก นิรนาม จำแนกตามพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ความวิตกกังวลแบบติดตัว ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ และสภาวะสุขภาพจิตโดยรวม

ปัจจัยทางด้านจิตสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ (n = 151, Mean = 16.81, S.D.= 5.30, min = 10, max = 34)		
ไม่มี	132	87.4
มี	19	12.6
ความวิตกกังวลแบบติดตัว (n = 151, Mean = 43.52, S.D. = 7.87, min = 25 max = 77)		
มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย	50	33.1
มีความวิตกกังวลบ้าง	97	64.2
มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก / มากที่สุด	4	2.7
ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ (n = 149, Mean = 5.91, S.D. = 6.88, min = 0, max = 33)		
ไม่มีปัญหา	102	68.5
มีปัญหา	47	31.5
สภาวะสุขภาพจิตโดยรวม (n = 151, Mean = 2.13, S.D. = 2.97, min = 0, max = 12)		
ไม่มีปัญหา	93	61.6
มีปัญหา	58	38.4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศจากกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16.81 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.30 ช่วงคะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดคือ 10 ถึง 34 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ไม่มีเกณฑ์ในการแปลผลคือคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไปคือมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ พบว่า 12.6% ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 19) มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบติดตัวเท่ากับ 43.53 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.87 ช่วงคะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดคือ 25 ถึง 77 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลแบบติดตัวบ้างที่ 64.2% (ช่วงคะแนน 41-60) รองลงมาคือมีความวิตกกังวลแบบติดตัว

เล็กน้อยที่ 33.1% (ช่วงคะแนน 20-40) 2% (n=3) ที่มีความวิตกกังวลแบบติดตัวมาก และเพียง 0.7% (n=1) ที่มีความวิตกกังวลแบบติดตัวมากที่สุด (ช่วงคะแนน 61-80) ด้านปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ ผลที่ได้จากแบบคัดกรองปัญหาการใช้แอลกอฮอล์คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.91 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.88 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 33 และพบว่า 31.5% ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 47) มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ที่อันตรายหรืออันตรายมาก (คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป)

ด้านสภาวะสุขภาพจิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ยจากแบบคัดกรองสภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 2.15 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.97 คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 12 โดยพบว่า 38.4% ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 58) มีปัญหาทางสุขภาพจิต (คะแนนรวมตั้งแต่ 2 ขึ้นไป)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการที่คลินิกนิรนาม

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศ

	พฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศ		χ^2	p-value
	ไม่มี	มี		
อายุ (n = 151, Mean = 28.12, S.D. = 6.192, min = 18, max = 49)			3.67	.160
18 ปี – 25 ปี	41(80.4)	10(19.6)		
26 ปี – 35 ปี	77(91.7)	7(8.3)		
35 ปี ขึ้นไป	14(87.5)	2(12.5)		
สภาพทางเพศของร่างกาย (n = 151)			.292	.999 ^a
ชาย	130(87.2)	19(12.8)		
สาวประเภทสองที่ยังไม่ผ่าตัดแปลงเพศ	2(100.0)	0(0.0)		
สถานภาพการมีคู่ (n = 151)			6.295	.019*
โสด	79(82.3)	17(17.7)		
มีคู่	53(96.4)	2(3.6)		
วุฒิการศึกษา (n = 151)			2.648	.268 ^a
ต่ำกว่าปริญญาตรี	27(87.1)	4(12.9)		
ปริญญาตรี	88(89.8)	10(10.2)		
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	17(77.3)	5(22.7)		

ตารางที่ 5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมยาทำในเรือนเพาะ

	พฤติกรรมยาทำในเรือนเพาะ		χ^2	p-value
	ไม่มี	มี		
อาชีพหลัก (n = 151)			4.243	.238 ^a
ไม่ทำงาน / นักเรียน / นักศึกษา	34(85.0)	6(15.0)		
อาชีพส่วนตัว / เจ้าของกิจการ	19(82.6)	4(17.4)		
พนักงาน / รับจ้าง	64(92.8)	5(7.2)		
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	15(78.9)	4(21.1)		
สถานะการติดเชื้อโรคมุมักันบกพร่อง (n = 151)			.683	.531 ^a
ไม่ติดเชื้อ / ไม่ทราบ / ไม่ขอตอบ	108(86.4)	17(13.6)		
ติดเชื้อ	24(92.3)	2(7.7)		
ประวัติการใช้สารเสพติด (เคยใช้ หรือยังใช้อยู่) (n = 150)				
ยาบ้า / ยาอี / เมทแอมเฟตามีน	10(100)	0(0)	1.554	.363 ^a
โคเคน (Cocaine)	16(94.1)	1(5.9)	.798	.698 ^a
เคตามีน (Ketamine)	4(100)	0(0)	.596	.999 ^a
ป๊อปเปอร์ (Amylnitrite)	22(95.7)	1(4.3)	1.699	.309 ^a
กัญชา	11(84.6)	2(15.4)	.095	.671 ^a
ใช้สารอย่างใดอย่างหนึ่ง	32(86.5)	5(13.5)	.032	.999 ^a
ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ (n = 149)			.000	.999
ไม่มีปัญหา (คะแนนตั้งแต่ 0-7)	89(87.3)	13(12.7)		
มีปัญหา (คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป)	41(87.2)	6(12.8)		
สุขภาพจิตโดยทั่วไป (n = 151)			3.488	.078
สุขภาพจิตดี (คะแนน 0 หรือ 1)	85(91.4)	8(8.6)		
มีปัญหาทางสุขภาพจิต	47(81.0)	11(19.0)		
ความวิตกกังวลแบบติดตัว (Trait Anxiety) (n = 151)			8.53	.015 ^{a*}
ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย	48(96.0)	2(4.0)		
ความวิตกกังวลบ้าง	82(84.5)	15(15.5)		
ความวิตกกังวลค่อนข้างมากถึงมากที่สุด	2(50.0)	2(50.0)		

* p < 0.05 ** p < 0.01 a: Fisher's exact test

จากตารางที่ 5 ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการที่คลินิกนิรนาม โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า สถานภาพการมีคู่ และ ความวิตกกังวลแบบติดตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่นๆ ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมทางเพศกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ		χ^2	p-value
	ไม่มี	มี		
อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 151)			.683	.711
น้อยกว่า 18 ปี	39(90.7)	4(9.3)		
18 ปี – 25 ปี	83(86.5)	13(13.5)		
มากกว่า 25 ปี	10(83.3)	2(16.7)		
จำนวนคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n = 151)			5.355	.069
0-1 คน	83(90.2)	9(9.8)		
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	41(87.2)	6(12.8)		
ไม่ขอตอบ	8(66.7)	4(33.3)		
การมีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก (n = 113)			.079	.778
ไม่มี	40(87.0)	6(13.0)		
มี	57(85.1)	10(14.9)		
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ (n = 113)			4.181	.041*
ใช้	51(92.7)	4(7.3)		
ไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง	46(79.3)	12(20.7)		
การทราบสถานะของการติดเชื้อ HIV ของคู่นอนประจำ (n = 113)			2.975	.142 ^a
ทราบหรือคิดว่าทราบ	33(94.3)	2(5.7)		
ไม่ทราบ	64(82.1)	14(17.9)		
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว (n = 90)			5.613	.018*
ใช้	47(90.4)	5(9.6)		
ไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง	27(71.1)	11(28.9)		

ตารางที่ 6 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมทางเพศกับพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศ

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศ		χ^2	p-value
	ไม่มี	มี		
การทราบสถานะของการติดเชื้อ HIV ของคู่นอนชั่วคราว (n = 91)			.216	0.999 ^a
ทราบของทุกคนหรือทราบของบางคน	1(100.0)	0(0.0)		
ไม่ทราบ	74(82.2)	16(17.8)		
การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ HIV ของตนเอง (n = 93)			3.476	.189 ^a
เปิดเผย	25(86.2)	4(13.8)		
ไม่เปิดเผย	36(87.8)	5(12.2)		
ไม่ขอตอบ	16(69.6)	7(30.4)		
การใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขายบริการทางเพศ (n = 20)			1.832	.290 ^a
ใช้	11(84.6)	2(15.4)		
ไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง	4(57.1)	3(42.9)		
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่ใช้สารฉีดเข้าเส้นเลือด (n = 8)			.686	.999 ^a
ใช้	3(100.0)	0(0.0)		
ไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง	4(80)	1(20)		
การใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างการทำกิจกรรมทางเพศ (n = 148)			.830	.699 ^a
ไม่ใช้	113(86.3)	18(13.7)		
ใช้บางครั้งหรือใช้ทุกครั้ง	16(94.1)	1(5.9)		
การมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n = 147)			.015	.999 ^a
ไม่มี	96(87.3)	14(12.7)		
มีหรือไม่แน่ใจ	32(86.5)	5(13.5)		
การมีเพศสัมพันธ์หรือสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (n = 129)			5.616	.106 ^a
ไม่มีเพศสัมพันธ์และการสำเร็จความใคร่	2(50.0)	2(50.0)		
1 - 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	40(93.0)	3(7.0)		
3 - 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์	48(84.2)	9(15.3)		
มากกว่า 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์	20(87.0)	3(13.0)		

ตารางที่ 6 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมทางเพศกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ		χ^2	p-value
	ไม่มี	มี		
การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศ (n = 133)			2.541	.463 ^a
ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตในเรื่องทางเพศ	54(85.7)	9(14.3)		
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	30(78.9)	8(21.1)		
3-5 ครั้งต่อสัปดาห์	16(94.1)	1(5.9)		
ตั้งแต่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	14(93.3)	1(6.7)		
เวลาของการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศ (n = 132)			2.817	.388 ^a
ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตในเรื่องทางเพศ	51(85.0)	9(15.0)		
มากกว่า 10 นาที ถึง 2 ชั่วโมง	45(86.5)	7(13.5)		
มากกว่า 2 ชั่วโมงถึง 4 ชั่วโมง	12(100)	0(0)		
มากกว่า 4 ชั่วโมง	6(75)	2(25)		
เวลาที่ใช้ไปกับเรื่องเพศโดยเฉลี่ยต่อวัน (n = 135)			21.334	.001**
ไม่มากกว่า 1 ชั่วโมง	74(90.2)	8(9.8)		
ตั้งแต่ 1 ชั่วโมง ถึง 3 ชั่วโมง	37(90.2)	4(9.8)		
มากกว่า 3 ชั่วโมง	5(41.7)	7(58.3)		

* p < 0.05, **p < 0.001, ^a: Fisher's exact test

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับบริการที่คลินิกนิรนาม โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ และกับคู่นอนชั่วคราวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05 และพบว่า ปริมาณเวลาที่ใช้ไปกับเรื่องเพศโดยเฉลี่ยต่อวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.001

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมทางเพศกับพฤติกรรมย่ำ
ทำในเรื่องเพศโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Spearman

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

ปัจจัยที่ศึกษา	R ²	p – value
อายุ (n = 151)	.205	.011*
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 142)	.032	.709
สถานะของสุขภาพจิต (n = 151)	.195	.016*
ความวิตกกังวลแบบติดตัว (n = 151)	.355	.001**
จำนวนคู่นอนช่วง 30 วันที่ผ่านมา (n = 137)	.214	.012*
ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (n = 149)	.049	.550
จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์หรือการสำเร็จความใคร่ด้วย ตนเองต่อสัปดาห์ (n = 129)	.076	.392
จำนวนครั้งที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศ (n = 133)	.098	.264
เวลาเฉลี่ยที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศ (n = 131)	.174	.046*
เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางเพศต่อวัน (n = 135)	.333	.001**

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 7 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนน
พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ พบว่าอายุ สถานะของสุขภาพจิต และเวลาเฉลี่ยที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อ
ความบันเทิงทางเพศต่อครั้ง มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.05 แต่ความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับต่ำ (ได้ค่า R² อยู่
ระหว่าง .174 - .214) และพบด้วยว่า จำนวนคู่นอนในช่วง 30 วัน (R² = .220) ความวิตกกังวลแบบ
ติดตัว (R² = .355) และเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางเพศต่อวัน (R² = .333) มี
ความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01
และความสัมพันธ์อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (ค่า R² อยู่ระหว่าง .220 - .355) ไม่พบความสัมพันธ์
ระหว่างคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คะแนนปัญหาการดื่ม
แอลกอฮอล์ จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองต่อสัปดาห์ และ
จำนวนครั้งที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศหรือหาคู่นอนต่อสัปดาห์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศกับปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยใช้สถิติ t-test

ตารางที่ 8 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Mean	S.D.	t	df	p-value
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ (n = 113)					
ไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง	18.31	6.006	-2.087	105.3	.039*
ใช้ทุกครั้ง	16.24	4.484			
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว (n = 99)					
ไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง	19.66	6.373	-2.283	62.69	.026*
ใช้ทุกครั้ง	16.90	4.486			

* p < 0.05

จากตารางที่ 8 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < .05 โดยผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศมากกว่าผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศกับค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ t-test

ตารางที่ 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณกับพฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศ

	Mean	S.D.	t	df	p-value
อายุ (n = 151)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	28.11	5.97	-.029	149	.977
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	28.16	7.76			
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (n = 142)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	18.81	3.02	-.591	140	.555
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	19.28	4.03			

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของปัจจัยเชิงปริมาณต่างๆกับ
พฤติกรรมยาทำในเรื่องเพศ

	Mean	S.D.	t	df	p-value
ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (n = 149)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	6.13	7.08	1.044	147	.298
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	4.37	5.18			
สภาวะสุขภาพจิต (n = 151)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	1.9	2.78	-2.489	149	.014*
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	3.68	3.79			
ความวิตกกังวลแบบติดตัว (n = 151)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	42.61	7.58	-3.885	149	.000**
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	49.79	7.12			
จำนวนคู่นอน (n = 137)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	3.23	12.52	.483	137	.630
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	1.67	1.50			
จำนวนครั้งที่มีเพศสัมพันธ์หรือสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (n = 129)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	4.84	9.57	.407	128	.685
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	3.88	2.87			
จำนวนครั้งของการใช้อินเตอร์เน็ตในเรื่องเพศ (n = 133)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	5.15	17.82	.922	135	.358
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	1.37	1.89			
เวลาเฉลี่ยของการใช้อินเตอร์เน็ตในเรื่องเพศ (n = 131)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	2.07	9.32	.373	130	.710
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	1.25	1.94			
เวลาเฉลี่ยที่ใช้ไปกับเรื่องเพศต่อวัน (n = 135)					
ไม่มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	194.95	308.70	-.083	149	.934
มีพฤติกรรมยาทำเรื่องเพศ	201.05	201.71			

*p < 0.05, **p < 0.01

จากตารางที่ 9 เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศกับกลุ่มที่ไม่มี พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลแบบติดตัว และค่าเฉลี่ยของคะแนนสภาวะสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนเฉลี่ยของคู่นอน จำนวนครั้งเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง จำนวนครั้งเฉลี่ยและเวลาเฉลี่ยของการใช้อินเทอร์เน็ตในเรื่องเพศ และเวลาเฉลี่ยที่ใช้กับเรื่องเพศต่อวัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม

การทดสอบความแตกต่างของลักษณะของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 10 การทดสอบความแตกต่างของลักษณะค่าคะแนนพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศของปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	Mean + S.D.	Median	χ^2	df	p - value
ความวิตกกังวลแบบติดตัว			11.56	2	0.003*
ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย	15.04 + 4.41	14.0			
ความวิตกกังวลบ้าง	17.43 + 5.33	17.0			
ความวิตกกังวลมากถึงมากที่สุด	23.75 + 7.14	25.0			
เวลาที่ใช้ในเรื่องทางเพศต่อวัน			13.53	2	0.001**
ไม่มากกว่า 1 ชั่วโมง	15.93 + 4.88	15.0			
ตั้งแต่ 1 ชั่วโมง ถึง 3 ชั่วโมง	17.34 + 4.80	16.0			
มากกว่า 3 ชั่วโมง	23.42 + 6.87	24.5			

p < .01, *p < .001

ในตารางที่ 9 พบความแตกต่างของลักษณะค่าคะแนนกลางพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ในความวิตกกังวลแบบติดตัวอย่างน้อย 2 ระดับคะแนน ($\chi^2 = 11.56$, $df = 2$) และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ในเวลาที่ใช้ไปกับเรื่องทางเพศต่อวันอย่างน้อย 2 ระดับช่วงเวลา ($\chi^2 = 13.53$, $df = 2$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศใน Multivariate analysis ด้วยสมการถดถอย Logistic

ตัวแปรที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศถูกนำไปเข้าสมการถดถอย Logistic ด้วยวิธี Forward likelihood ratio อันได้แก่

1. จำนวนคู่นอน
2. ความวิตกกังวลแบบติดตัว
3. การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ
4. การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว
5. สภาวะสุขภาพจิต
6. สถานะการมีคู่
7. เวลาที่ใช้ไปกับเรื่องเพศโดยเฉลี่ยต่อวัน

ตารางที่ 11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E(b)	Adjusted OR (95 % CI)	p-value
การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราว				
ไม่ใช้หรือใช้บางครั้ง	1.71	0.744	5.53 (1.28 - 23.78)	.022*
การใช้เวลาไปกับเรื่องเพศโดยเฉลี่ยต่อวัน				
61 - 180 นาที	-.077	.861	.926 (.171 - 5.01)	.929
มากกว่า 180 นาทีขึ้นไป	2.65	.860	14.17 (2.63 - 76.40)	.002**
จำนวนคู่นอนในช่วงเวลา 30 วัน				
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	-.856	.788	.425 (.091 - 1.991)	.277
ไม่ขอตอบคำถามเรื่องจำนวนคู่นอน	1.793	.995	6.01 (0.86 - 42.20)	.072

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรตัวอื่น ๆ แล้ว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาไปกับเรื่องเพศโดยเฉลี่ยต่อวันมากกว่า 3 ชั่วโมงขึ้นไป มีอัตราเสี่ยงประมาณ 14 เท่าของการมี CSB เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาไปกับเรื่องเพศ 1 ชั่วโมงต่อวันหรือน้อยกว่า กลุ่มที่มีการใช้

ถุงยางอนามัยอย่างไม่สม่ำเสมอกับคู่นอนชั่วคราว มีอัตราเสี่ยงของการมี CSB 5.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ และการไม่เปิดเผยจำนวนคู่นอนในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มีอัตราเสี่ยงของการมี CSB 6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีจำนวนคู่นอนไม่เกิน 1 คน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย พบความชุกของการมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศในอัตราร้อยละ 12.6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 16.82 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.30 โดยพบว่าปัจจัยด้านข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานะการมีคู่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวลแบบติดตัว สภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวนคู่นอนในช่วง 30 วันก่อนวันมาใช้บริการ เวลาเฉลี่ยที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศหรือเพื่อหาคู่นอน และเวลาเฉลี่ยต่อวันที่ใช้ไปกับเรื่องทางเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ตัวแปรทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ จากการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ได้ที่กล่าวข้างต้น เมื่อถูกนำมาเข้าสมการถดถอยแบบ Logistic พบว่า การใช้เวลาเฉลี่ยต่อวันที่ใช้ไปกับเรื่องเพศตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่มีการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ สามารถใช้เป็นปัจจัยที่ใช้อธิบายทิศทางการเพิ่มขึ้นของการมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

อภิปรายผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ได้มาจากแบบวัดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศซึ่งผู้วิจัยได้นำ Sexual Compulsivity Scale ของ Kalichman และ Rompa มาแปลและพัฒนาขึ้น มีความเที่ยงและความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ จากการทดสอบใช้แบบวัดนี้กับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 30 คน การเก็บข้อมูลจากคลินิกนิร

นามโดยไม่มี การสุมตัวอย่างเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ใช้ข้อมูลรูปเพื่อสถานพยาบาลแห่งนี้เพียงแห่งเดียว นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการรับบริการมีราคาค่อนข้างถูกและการบริการมีความรวดเร็ว ทำให้ผู้ที่เข้ามาใช้บริการมีความหลากหลาย ไม่ได้มีเฉพาะกลุ่มคนที่มีเศรษฐกิจฐานะเท่านั้น

เกณฑ์กำหนดจุดตัดค่าคะแนนตั้งแต่ 24 ขึ้นไปถือว่ามีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ โดยค่าคะแนนของจุดตัดได้มาจากงานวิจัยของ Benosche และคณะ⁽⁶²⁾ และงานวิจัยของ Cooper และคณะ⁽⁶³⁾ ในปี 1999 และ 2000 ตามลำดับ พบว่า 12.6% ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ซึ่งอยู่ในอัตราที่สูงกว่าการคะแนนความชุกในกลุ่มประชากรชายหญิงทั่วไป แต่เนื่องจากแบบวัดนี้เป็นแบบวัดซึ่งใช้คัดกรองการมีพฤติกรรมที่มีผลกระทบทางลบต่อจิตใจ บ่งบอกผลได้เพียงว่าผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับคะแนนของจุดตัดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดังกล่าว และจุดตัดที่กำหนดไว้ ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่คนไทย การส่งต่อจิตแพทย์ยังคงมีความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง หรือเพื่อทำการรักษาต่อไป

หากเปลี่ยนไปพิจารณาจุดตัดโดยอาศัยเกณฑ์ ค่าเฉลี่ยบวกด้วยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean + 1 SD) เพื่อหาค่าคะแนนที่บอกความผิดปกติ จะได้จุดตัดที่ 22.12 ซึ่งหมายถึงคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไปถือว่ามี ความผิดปกติ จะได้จำนวนผู้ผิดปกติ 22 ราย คิดเป็นอัตรา 14.6% อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้จะใช้จุดตัดที่ 24 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดเดียวกันในงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยแบบวัดต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของผู้ใช้สังคมออนไลน์เป็นที่ปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศ (Cybersex users) จำนวน 9,000 คน โดย Cooper, Delmonico และ Burg⁽⁶³⁾ ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.63 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.15 แต่จากการศึกษาของ Grov, Parsons, และ Bimbi⁽⁵⁴⁾ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้ง 2 เพศ จำนวน 1,214 ราย โดยเก็บข้อมูลในงานชุมนุมของประชากรรักร่วมเพศ ในกรุงนิวยอร์ก คะแนนเฉลี่ยที่ได้คือ 19.9 (SD = 6.92, range, 10-40) และพบ 370 รายที่ได้คะแนน 24 หรือสูงกว่า (30.5%) ซึ่งเป็นอัตราซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้มากกว่า 2 เท่า อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรมและทัศนคติต่อเรื่องเพศของชาวไทยและของชาวต่างประเทศ โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงนิวยอร์ก รูปแบบของการใช้ชีวิต และโอกาสในการเข้าถึงสิ่งเร้าทางเพศ ประกอบกับลักษณะบุคคลิกภาพที่มีผลต่อการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนโอกาสของการบิดเบือนคำตอบเนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวกับเรื่องเพศและเป็นหัวข้อซึ่งคนไทยไม่พูดถึง อาจเป็นตัวอธิบายผลลัพธ์ที่แตกต่างของคะแนนที่เกิดขึ้น

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างกับคู่นอนประจำอยู่ที่ 30.9% และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวอยู่ที่ 57.8% ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าข้อมูลจากการสำรวจชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครของ Van Griensven⁽⁸⁾ ในปี 2005 ที่พบการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับคู่นอนประจำที่ 54.4% และกับคู่นอนชั่วคราวที่ 80%

อายุเฉลี่ยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มาใช้บริการที่คลินิกนิรนามในการศึกษาครั้งนี้คือ 28.12 ปี (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 26) โดย 90% ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 35 ปีซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ปัจจัยทั่วไปส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศได้แก่

อายุ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ แต่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($R^2 = .205$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Langstrom และ Hanson⁽³⁹⁾ ในการสำรวจระดับความต้องการทางเพศของคนสวีเดน ที่พบว่าคนที่อายุน้อยมีโอกาสมีพฤติกรรมมีอารมณ์ทางเพศสูงกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Langstrom เป็นการศึกษาระดับความต้องการทางเพศ ไม่ได้เป็นการศึกษาในการค้นหาอาการเจ็บป่วย ดังนั้นการที่พบว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าจึงเป็นเรื่องปกติ

สถานภาพการเป็นโสด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ทั้งนี้ผู้วิจัยสันนิษฐานว่า ผู้ที่เป็นโสดมีอิสระในการทำกิจกรรมทางเพศได้ตลอดเวลาตามความต้องการของตนเอง ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีคู่ได้รับความพึงพอใจในเรื่องเพศกับคู่ของตน ไม่มีความจำเป็นต้องไปหากู่นอนอื่น อีกทั้งยังมีความผูกมัดทางใจและความต้องการรักษาความซื่อสัตย์เข้ามาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่น มีโอกาสทำให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคมุมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งอาจทำให้ตนเองกลายเป็นพาหะนำโรคไปสู่คู่นอนเองด้วย

ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ซึ่งได้แก่ สภาพทางเพศของร่างกาย ระดับการศึกษา อาชีพ เหตุผลที่มาใช้บริการที่คลินิกนิรนาม และโรคประจำตัว ส่วนการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะการติดเชื้อ HIV หรือการมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ขัดแย้งกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยจากอินเทอร์เน็ตของ Coleman และ คณะ⁽⁵⁹⁾ ที่พบว่าผู้มีเชื้อ HIV มีอัตราการมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศมากกว่าผู้ไม่มีเชื้อ HIV ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าเกิดจากการจัดกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ ที่ผู้วิจัยได้รวมเอาผู้ที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเนื่องจากยังไม่ทราบผลตรวจ ไปอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีติดเชื้อ

เชื้อ และการที่ได้รวมเอากลุ่มที่ "คิดว่า" ตนเองไม่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไปอยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อคำถามสองข้อนี้จึงอาจได้ผลแตกต่างไปจากงานวิจัยของต่างประเทศ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ได้แก่

เวลาเฉลี่ยที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศต่อครั้ง พบความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carnes ในกลุ่มตัวอย่างจากเว็บไซต์ Sexhelp.com เป็นชาย 5,005 ราย และหญิง 1,083 ราย โดยใช้แบบวัด Sexual Addiction Screening Test (SAST) และ Internet Sex Screening Test ซึ่งพบว่า ผู้ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม Sexually compulsive (ชาย 2,013 และหญิง 553) ใช้เวลาในการท่องอินเทอร์เน็ตเพื่อดูภาพหรืออ่านบทความเพื่อกระตุ้นความต้องการทางเพศหรือหาคู่นอนมากกว่าผู้ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม non-compulsive (2,566 ราย) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cooper, Scherer, Boies และ Gordon⁽⁶⁴⁾ ในการศึกษาเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์เกี่ยวกับเรื่องเพศในปี 1999 ซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ใช้เวลาอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง หรือมากกว่า 7 ถึง 14 ชั่วโมงต่ออาทิตย์เพื่อความบันเทิงทางเพศหรือการหาคู่นอนจากอินเทอร์เน็ต

พบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างจำนวนคู่นอนในช่วง 30 วันก่อนการมารับบริการที่คลินิกกับคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodge และคณะ⁽⁶⁵⁾ Kalichman และ Caine⁽⁶⁶⁾, Kalichman และ Rompa⁽⁴⁸⁾ ในการศึกษาคนใช้ชายและหญิง จำนวน 287 คนที่มาทำการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (ในข้อคำถามเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำและคู่นอนชั่วคราวชั่วคราว) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับการทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ โดยพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ระหว่างผู้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอกับผู้ใช้หรือไม่ใช้หรือใช้อย่างไม่สม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายคน ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา (Dodge และคณะ, 2004⁽⁶⁷⁾; McBride และคณะ, 2008⁽⁶⁸⁾) กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงที่ติดเชื้อ HIV (Benotsch, Kalichman, & Pinkerton, 2001⁽⁶⁹⁾, Kalichman & Rompa, 2001⁽⁴⁸⁾)

และกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงนิวยอร์ก (Kalichman & Rompa, 1995⁽¹⁷⁾; Parsons และคณะ, 2001⁽⁷⁰⁾)

นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับเวลาเฉลี่ยที่ใช้ไปกับเรื่องเพศต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ถึงแม้ว่าปริมาณของการใช้เวลาไปกับเรื่องเพศเป็นหนึ่งในเกณฑ์การบ่งบอกถึงพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศซึ่งเป็นเรื่องที่คาดเดาได้ แต่การเสียเวลาไปกับเรื่องเพศอย่างมากมายนี้เป็นต้นเหตุสำคัญประการหนึ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่เหลือเวลาสำหรับการทำกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต หรือกิจกรรมอื่นๆที่ตนเองสนใจ จนกระทั่งก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และอาจกลายเป็นความผิดปกติทางจิตอื่นๆต่อมา

ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ กับ ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางเพศดังต่อไปนี้เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ที่ละคู่ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก การเปิดเผยและการทราบสถานะการติดเชื้อ HIV ของคู่นอนแบบต่างๆ การใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ การมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์กับการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศหรือหาคู่นอน

ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ได้แก่

สภาวะสุขภาพจิตทั่วไป พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับข้อสรุปของ Parson⁽⁷¹⁾ ในการเกิดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ เช่นการมีปัญหาของความสัมพันธ์กับคู่ ปัญหาทางการงาน หรือ Life stressor อื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญในชีวิต จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ของ 2 ปัจจัยที่พบมีค่าค่อนข้างต่ำมาก ($R^2 = .195$)

ความวิตกกังวลแบบติดตัว พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalichman และ Rompa⁽⁴⁸⁾ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 287 คน การพบความสัมพันธ์นี้สนับสนุนแนวความคิดแรงผลักดันทางเพศ ที่เป็นสาเหตุการเกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศโดยถูกกระตุ้นจากการที่มีความวิตกกังวลในจิตใจได้สำนึก และทำพฤติกรรมนั้นเพื่อกำจัดความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจต่างๆที่มีผลกระทบทางลบต่อจิตใจลดลง

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศกับการใช้สารเสพติด หรือสารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท รวมทั้งแอลกอฮอล์ ซึ่งขัดกับผลการศึกษาในงานวิจัยหลายฉบับที่พบว่าสาร

ที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทและแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ เพราะสารเหล่านี้มีผลทำให้ระดับความยับยั้งชั่งใจผู้เสพลดลง ลดความสามารถในการหยุดตัวเอง จากกิจกรรมทางเพศต่างๆ ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยบางท่านอาจไม่เป็นความจริง เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยเกรงว่าจะเกิดผลทางด้านกฎหมายกับตนเองถ้าเปิดเผยข้อมูล เรื่องการใช้สารเสพติด

ในปัจจุบันที่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูล เพื่อหาความผิดปกติของข้อมูลโดยเฉพาะความไม่สอดคล้องกันของคำตอบ เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่เข้าใจคำถาม หรือบิดเบือนคำตอบ หรือไม่ขอตอบ เนื่องจากเหตุผลใดก็ตาม

การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ HIV ของตนกับคู่นอน ในข้อคำถามข้อนี้ มีผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ขอตอบเป็นจำนวน 25 ราย (16.6%) หลังจากตรวจสอบด้วยการทำตารางไขว้ พบว่ามีจำนวน 14 รายไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ HIV ของตนเอง ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถตอบคำถามข้อนี้ได้เนื่องจากไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง และไม่มีตัวเลือกว่าไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองจึงไม่ได้เปิดเผยกับคู่นอน เพราะเมื่อเทียบกับคำตอบของการทราบสถานะการติดเชื้อของคู่นอน มีผู้ไม่ขอตอบเพียง 2 รายในข้อคำถามคู่นอนประจำ และ 3 รายในข้อคำถามคู่นอนชั่วคราว ดังนั้น การไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศของข้อคำถาม เรื่องการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ HIV ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยหลายฉบับจึงเกิดขึ้น

เช่นเดียวกับข้อคำถามเรื่องจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองต่อสัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัย 21 ราย (14%) ไม่ขอตอบคำถาม อาจจะเป็นได้ว่าข้อคำถามนี้เป็นเรื่องส่วนตัวมาก และผู้เข้าร่วมวิจัยอาจไม่เข้าใจความสำคัญเนื่องจากอาจเห็นว่าข้อคำถามนี้ไม่มีความสำคัญต่อเรื่องสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ของข้อคำถามนี้กับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ซึ่งขัดกับการศึกษาของนักวิจัยหลายคณะที่ตั้งหลักเกณฑ์ของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศโดยมีจำนวนครั้งของการปลดปล่อยทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ในการวินิจฉัย (Total sexual outlet – TSO)

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนักกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มากกว่า 50% ของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนักไม่ใช้หรือใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอกับคู่นอนชั่วคราว ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าการไม่พบความสัมพันธ์นั้นเนื่องมาจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้อาจไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการ

ติดเชื้อ HIV มากกว่า จึงมาทำการตรวจรักษาโดยทันที และกลุ่มคนที่มาตรวจนี้อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงเพียงครั้งแรกหรือครั้งเดียว จึงไม่พบพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

ถึงแม้จะคาดเดาได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลที่สถานพยาบาลซึ่งผู้ที่มารับบริการน่าจะเป็นผู้ที่ได้ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคก่อนมารับการตรวจเช็คสถานะการติดเชื้อ HIV อย่างไรก็ตาม จากตัวเลขของอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน การมีเพศสัมพันธ์โดยการเป็นฝ่ายรับทางทวารหนัก การทราบสถานะและการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ HIV ของตนเอง กับคู่นอน และการใช้สารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด ล้วนเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชากรกลุ่มนี้ อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังคงต้องเฝ้าระวัง

จากการพบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของการศึกษาคั้งนี้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศหลายฉบับดังที่อธิบายไว้ข้างต้น มีการพบความสัมพันธ์ทั้งใน Univariate analysis ไปจนถึงใน Multivariate Analysis และถึงแม้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะไม่มีอาการของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศในทุกคน การให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนกลุ่มนี้ เพื่อลดการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ซึ่งพบจากการศึกษาคั้งนี้ถึง 12.6%

และถึงแม้ว่าพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ จะยังขาดคำอธิบายของสาเหตุของการเกิดโรค และขาดหลักการวินิจฉัยโรคอย่างชัดเจน แต่ DSM-V ที่อยู่ในขั้นตอนการจัดทำและปรับปรุง และกำลังมีการพิจารณานำเสนอให้พฤติกรรมทางเพศที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Kafka⁽¹³⁾) ถูกจำแนกอยู่ในหมวดหมู่ใหม่ โดยใช้ชื่อว่า Hypersexual disorders ที่ระบุหลักการวินิจฉัยทางคลินิกอย่างครอบคลุมและชัดเจน การศึกษาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ น่าจะมีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อถึงเวลานั้น

ข้อจำกัดในการแปลผล

การแปลผลวิจัยในคั้งนี้ จำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดดังต่อไปนี้

1. ความซุกซนของพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศในการศึกษาครั้งนี้มิใช่การบ่งบอกว่ามีอาการป่วย เป็นเพียงการคัดกรองเพื่อค้นหาบุคคลที่มีความเสี่ยง การตรวจประเมินคนไข้อย่างละเอียดโดยจิตแพทย์ยังคงมีความจำเป็น
2. อาจมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งอาจส่งผลถึงความสัมพันธ์และอธิบายการมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศอย่างแตกต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้
3. กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกนรีนวม การนำผลวิจัยครั้งนี้ไปสรุปกับประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไปอาจไม่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ความง่ายของการเข้าถึงสิ่งเร้าทางเพศต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมออนไลน์ สื่อลามกเช่น นิตยสาร วิดีทัศน์ ดีวีดี ประกอบกับความง่ายในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวตามสถานที่พบปะต่างๆ ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทำให้คนกลุ่มนี้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงของการมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ และเป็นกลุ่มเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV มากที่สุด หน่วยงานของรัฐบาลเช่นกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ควรเผยแพร่ความรู้เรื่องพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศรวมถึงปัจจัยเสี่ยงทั้งหลาย ผ่านทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะทางเว็บไซต์บนอินเทอร์เน็ตที่เป็นที่นิยมของกลุ่มประชากรนี้ เพราะนอกจากพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศจะเป็นอาการที่อาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจในตัวเองแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการทำงาน ด้านครอบครัวและสังคม และด้านการเงิน นอกจากนี้ ยังมีโอกาสสูงที่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นวงจรที่มีผลกระทบกลับมาถึงสุขภาพจิตต่อไป

สุขภาพจิตและปัญหาทางด้านจิตสังคมมีผลกระทบอย่างมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ของกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และยังมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อ การให้ความช่วยเหลือแบบองค์รวม (Holistic) ที่มีการให้ความสำคัญกับปัญหาทางจิตสังคม ที่เป็นตัวประกอบของกลไกที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงและการไม่ป้องกันตนเอง อาจจะเป็นแนวทางที่จำเป็น เพื่อให้ประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการระวังรักษาสุขภาพที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. มีการคัดกรองพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ รวมถึงการคัดกรองสภาวะสุขภาพจิตทั่วไปในผู้ที่มารับการบริการตามสถานพยาบาลหรือคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อจัดการส่งต่อหรือแนะนำให้ผู้ที่มามีปัญหาที่พบจากการคัดกรอง ทำการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดำเนินการวินิจฉัยให้คำปรึกษา หรือทำการรักษา
2. ประชาสัมพันธ์หรือการทำบอร์ดในสถานพยาบาลหรือคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่มาใช้บริการได้ทำความเข้าใจ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ในกรณีที่สงสัยว่าตนเองมีความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจถึงกลไกที่ก่อให้เกิด พฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ น่าจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางของงานวิจัยเชิงปริมาณในอนาคต เพื่อเลือกการบำบัดรักษาหรือเพื่อหาวิธีป้องกันการเกิดโรคที่เหมาะสม และการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อ HIV
2. การศึกษาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศในประชากรตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มอื่น เช่น ตามสถานที่พบปะต่างๆ ได้แก่ บาร์ ไนต์คลับ ซาวน่า หรือการเก็บข้อมูลจากทางอินเทอร์เน็ตในสังคมออนไลน์ ตามเว็บไซต์ที่ใช้พูดคุยและหาคู่ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อค้นหาความชุกและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะติดต่อเรื่องเพศ และการเป็นคนชอบความเสี่ยง ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้คัดกรองโดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยเกี่ยวกับเรื่องเพศ น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยต่อไปในอนาคต
3. เนื่องจากการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น การศึกษาถึงผลกระทบจากการมีพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ น่าจะเป็นการทำให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาได้อย่างชัดเจนขึ้น
4. เนื่องจากเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัวซึ่งคนส่วนใหญ่มักไม่พูดถึง เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องน่าอายหรือเป็นเรื่องสกปรก การเก็บข้อมูลมีโอกาสสูงที่จะได้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง หรือไม่ตอบคำถาม การทำแบบสอบถามในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวอาจเป็นตัวช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นความจริงมากขึ้น

รายการอ้างอิง

- (1) Commission on AIDS in Asia. Redefining AIDS in Asia: Crafting and effective response. New Delhi: Oxford University Press; 2008.
- (2) Kerr, SJ & Ruxrungtham, K. Transmission of HIV and its prevention in Asia. In 'Global HIV/AIDS Medicine' Ed Sande, M.A.; Volberding, P.A. & Lange, J. Elsevier, 2008.
- (3) Murray, S. Increasingly Gay self-representations of male-male sexual experiences in Thailand. Journal of Gay and Lesbian Social Services 9(2/3) (1999):81-96.
- (4) Baral, S., Sifakis, F., Cleghom, F., Beyrer, C. Elevated risk for HIV Infection among men who have sex with men in low and middle income countries 2000-2006: a systematic review. PloS Med. 4(12) (December 2007): e339.
- (5) Choi, K.H., Liu, H., Guo, Y., Han, L., Mandel, J.S., Rutherford, G.W. Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. Lancet 361(9375) (June 2003): 2125-26.
- (6) Go, V.F., Srikrishnan, A.K., Sivaram, S. et al. High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. J Acquire Immune Defic Syndr 35(3) (March 2004): 314-319.
- (7) Pisani, E., Girault, P., Gultom, M., et al. HIV, Syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. Sex Transm Infect 80(6) (December 2004): 536-540.
- (8) van Griensvens, F., Than prasertsuk, S., Jommaroeng, R., et al. Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. AIDS 19(5) (March 2005): 521-526.
- (9) HIV Prevalences among populations of men who have sex with men – Thailand 2003 and 2005. MMWR morb Mortal Wkly Rep. 55(31) (August 2006): 844-848.
- (10) Gouws, E., White, P.J., Stover, J., Brown, T. Short term estimates of Adult HIV

- incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. Sex Transm Infect 82 Suppl 3 (June 2006): iii51-55.
- (11) Black, D.W. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. CNS Spectr (May 2000): 26–35.
- (12) Hollander, E., Allen, A. Is compulsive buying a real disorder, and is it really compulsive? Am J Psychiatry 10 (October 2006):1670 -2.
- (13) Kafka, M.P. Hypersexual Disorder: A Proposed diagnosis for DSM-V. 39(2) (April 2010): 377-400.
- (14) Coleman, E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? Psychiatr Annals 22 (1992): 320–325.
- (15) Carnes, P. The Obsessive shadow. Professional Counselor 13 (1998):15-17
- (16) Parsons, J.T., Kelly, B.C., Bimbi, D.S., Di Maria, L., Wainberg, M.L., Morgenstern, J. Explanations for the origins of sexual compulsivity among gay and bisexual men. Arch Sex Behav 37(5) (October 2008): 817-26.
- (17) Kalichman, S.C., Rompa, D. Sexual Sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. Journal of Personality Assessment 65 (1995): 589-601.
- (18) Briken, P., Hill, A., Berner, W. Hypersexuality: Clinical Aspects; Impulse control disorder, pp. 197-212. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- (19) Kuzma, J.M., Black, D.W. Epidemiology, Prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. Psychiatr Clin N Am 31 (2008): 603–611
- (20) Fong, W.T. Understanding and managing Compulsive Sexual Behaviors. Psychiatry (Edgmont). 3(11) (November 2006): 51–58.
- (21) Kafka, M.P., Prentky, R. A. Preliminary observations of DSM-III-R Axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. Journal of Clinical Psychiatry 55 (1994): 481-487.
- (22) Schneider, J.P., Iron, R.R. Assessment and treatment of addictive sexual disorders: Relevance for chemical dependency relapses. Substance Use Misuse 36 (2001): 1795-820.

- (23) Blum, K., Braverman, E.R., Holder et al. Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. J Psychoactive Drugs 32 (2000): (suppl i-iv):1-112.
- (24) Berridge, K.C., Robinson, T.E. Parsing reward. Trends Neurosci 29 (2003): 507-513.
- (25) Briken, P., Hill, A., Berner, W. Pharmacotherapy of Paraphilias with long acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: A systematic review. J Clin Psychiatry 64 (2003): 890-7.
- (26) Schneider, J.P., Schneider, B.H. Couple recovery from sexual addiction: research findings of a survey of 88 marriages. Sexual Addiction and Compulsivity 3 (1996): 111-26.
- (27) Carnes, P.J., Delmonico, D.L. Childhood abuse and multiple addictions: research findings in a sample of self-identified sexual addicts. Sexual Addiction and Compulsivity 3 (1996): 11.
- (28) Black, D.W., Kehrberg, L.L., Flumerfelt DL, et al. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. Am J Psychiatry 154(2) (1997): 243-9.
- (29) Kafka, M.P., Prentky, R. A comparative study of non-paraphilic sexual addictions and Paraphilias in men. J Clin Psychiatry 53(10) (1992): 345-50.
- (30) Orford, J. Excessive appetites: A psychological view of the addictions. Chichester : John Wiley & Sons, 1985.
- (31) Carnes, P. Out of the shadows, Understanding sexual addiction. Minneapolis; MN: Comp Care, 1983.
- (32) Goodman, A. Sexual addiction. In J. H. Lowenson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J.G.Langrod (Eds.), Substance abuse: A comprehensive textbook 3rd ed., pp. 340–54). Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
- (33) Quadland, M.C. Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. Journal of Sex and Marital Therapy 11(1985): 121–32.
- (34) Coleman, E. Sexual compulsivity: Definition, etiology, and treatment considerations. Journal of Chemical Dependency Treatment 1 (1987):189–204.
- (35) Barth, R.J., Kinder, B.N. The mislabeling of sexual impulsivity. Journal of Sex and

- Marital Therapy 13 (1987): 15–23.
- (36) Carnes, P. Don't call it love: Recovery from sexual addiction. New York: Bantam Books, 1991.
- (37) Kafka, M.P. The paraphilia-related disorders: Non-paraphilic hypersexuality and sexual compulsivity/addiction. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), Principles and practice of sex therapy (3rd ed. pp. 471–503). New York: Guilford Press, 2000.
- (38) Briken, P., Habermann N, Berner W, Hill A. Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. Sexual Addiction & Compulsivity 14 (2007): 131–43.
- (39) Langstrom, N., Hanson, R.K. High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. Archives of Sexual Behavior 35 (2006): 37–52.
- (40) Bancroft, J., Vukadinovic, Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Towards a theoretical model. Journal of Sex Research 41 (2004): 225–34.
- (41) Warner, J., McKeown, E., Griffin, M. et al. Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians, and bisexual men and women: results from a survey based in England and Wales. Br J Psychiatry 185 (2004): 479-85.
- (42) Grant, J.E., Potenza, M.N. Sexual orientation of men with pathological gambling: prevalence and psychiatric comorbidity in a treatment seeking sample. Compr Psychiatry 47(7) (2006): 515-8.
- (43) Raymond, N.C., Coleman, E., Miner, M.H., Psychiatric comorbidity and compulsive / impulsive traits in compulsive sexual behavior. Compr Psychiatry 44(5) (September-October 2003):370-80.
- (44) Wines, D. Exploring the applicability of criteria for substance dependence to sexual addiction. Sexual Addiction & Compulsivity 4 (1997): 195–220.
- (45) Carnes, P. J., & Wilson, M. (2002). The sexual addiction assessment process. In P.

- J. Carnes & K. M. Adams (Eds.) Clinical management of sex addiction pp.3–20. New York: Brunner-Routledge, 2002.
- (46) Carnes, P. Contrary to love: Helping the sexual addict. Minneapolis 1989; MN: CompCare, 1989.
- (47) Coleman, E., Miner, M., Ohlerking, F., Raymond, N. Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity. Journal of Sex and Marital Therapy 27 (2001): 325–32.
- (48) Kalichman, S.C., Rompa, D. The sexual compulsivity Scale: Further development and use with HIV positive persons. Journal of personality assessment 76(3) (2001): 379-95.
- (49) Garos, S., Stock, W.A. Investigating the discriminant validity and differentiating capacity of the Garos Sexual Behavior Index. Sexual Addiction and Compulsivity 5 (1998): 251-67.
- (50) Morgenstern, J., Muench, F., O’Leary, A., Wainberg, M., Parsons, J.T., Hollander, E. Assessing non-paraphilic compulsive sexual behavior and psychiatric comorbidities in a community sample of gay and bisexual men. New York, Columbia University, 2009.
- (51) Muench, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, T. W., O’Leary, A., Parsons, J. T., et al. (2007). The consequences of compulsive sexual behavior: The preliminary reliability and validity of the Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. Sexual Addiction & Compulsivity 14 (2007): 207–20.
- (52) Mick, T.M., Hollander, E. Impulsive-compulsive sexual behavior. CNS Spectr 11:12 (2006): 945-55.
- (53) Grov, C., Bamonte, A., Fuentes, A., Parsons, J.T., Bimbi, D.S., Morgenstern, J. Exploring the Internet’s Role in Sexual Compulsivity and out of Control Sexual Thoughts/Behavior: a qualitative study of gay and bisexual men in New York city. Cult Health Sex 10(2) (February 2008): 107-25.
- (54) Grov, C., Parsons, J.T., Bimbi, D.S. Sexual Compulsivity and sexual risk in gay and

- bisexual men. Arch Sex Behav 39(4) (March 2010): 940-9.
- (55) Grov, C., Golub, S.A., Mustanski, B., Parsons, J.T. Sexual compulsivity, state affect, and sexual risk behavior in a daily diary study of gay and bisexual men. Psychol Addict Behav 24(3) (September 2010): 487-97.
- (56) Satinsky, S., Fischer, C., Stupiansky, N., Dodge, B., Alexander, A., Herbenick, D., Reece, M. Sexual compulsivity among men in a decentralized MSM community of the Midwestern United States. Aids Patient Care STDs 22(7) (July 2008): 553-60.
- (57) Parsons, J.T., Kelly, B.C., Bimbi, D.S., Muench, F., Morgenstern, J. Accounting for the social triggers of sexual compulsivity. J Addict Dis 26(3) (2007): 5-16.
- (58) Kalichman, S.C., The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. Journal of sex research 41(3) (2004): 235-41.
- (59) Coleman, E., Horvath, K.J., Miner, M., Ross, M.W., Oakes, M., Rosser, B.R.; Men's INTERNET Sex (MINTS-II) Team. Compulsive sexual behavior risk for unsafe sex among internet using men who have sex with men. Arch Sex Behav 39(5) (October 2010): 1045-53.
- (60) Carrico, A.W., Pollack, L.M., Stall, R.D., Shade, S.B., Neilands, T.B., Rice, T.M., Woods, W.J., Moskowitz, J.T. Psychological processes and stimulant use among men who have sex with men. Drug Alcohol Depend. (14 November 2011) [Epub ahead of print]
- (61) Reid, R.C., Carpenter, B.N., Spackman, M., Willes, D.L. Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior. J Sex Marital Ther 34(2) (2008): 133-49.
- (62) Benotsch, E.G., Kalichman, S.C., Kelly, J.A. Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: prevalence and predictors of high-risk behaviors. Addict Behav 24(6) (November - December 1999): 857-68.

- (63) Cooper, A., Delmonico, D.L., Burg, R. Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. Sexual Addiction & Compulsivity 7 (2000): 5-9.
- (64) Cooper, A., Scherer, C.R., Boies, S.C., Gordon, B.L. Sexuality on the internet: From sexual exploration to pathological expression. Professional Psychology 30 (1999): 154-164.
- (65) Dodge, B., Reece, M., Hebernick, D., Fisher, C., Satinsky, S., Stupiansky, N. Relations between sexually transmitted infection diagnosis and sexual compulsivity in a community-based sample of men who have sex with men. Sexually Transmitted Infections 84 (2008): 324-7.
- (66) Kalichman, S.C., Cain, D. The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. Journal of Sex Research 41 (2004): 235-41.
- (67) Dodge, B., Reece, M., Cole, S.L., Sandfort, T.G.M. Sexual compulsivity among heterosexual college students. Journal of Sex Research 41 (2004): 343-50.
- (68) McBride, K.R., Reece, M., Sanders, S. Using the Sexual Compulsivity Scale to predict outcomes of sexual behavior in young adults. Sexual Addiction & Compulsivity 15 (2008):97-115.
- (69) Benotsch, E.G., Kalichman, S.C., Pinkerton, S.D. Sexual compulsivity in HIV-positive men and women: Prevalence, predictors, and consequences of high risk sexual behaviors. Sexual Addiction & Compulsivity 8 (2001): 83-9.
- (70) Parsons, J.T., Bimbi, D., Halkitis, P.N. Sexual Compulsivity among Gay/Bisexual Male Escorts Who Advertise on the Internet. Sexual Addiction&Compulsivity 8 (2001): 101-2.
- (71) Parsons, J.T, Kelly, B.C., Bimbi, D.S., Muench, F., Morgenstern, J. Accounting for the social triggers of sexual compulsivity. J Addict Dis 26(3) (2007): 5-16.
- (72) Assanangkornchai, S., Pinkaew, P., Apakupakul, N. Prevalence of hazardous harmful drinking in a Thai community population. Drug Alcohol Rev 22 (2003): 287-94.

- (73) National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too Much: A clinician's guide. Rockville, MD: NIAAA/National Institutes of Health/U.S. Department of Health and Human Services, 2005.
- (74) Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care, Second Edition. WHO/MSD/MSB/01.6a, World Health Organization, Geneva, 2001.
- (75) ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1) (2539): 2-17.
- (76) Spielberger, C.D., Gorusch, R.L., Lushene, R.E. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
- (77) Hook, J.N. et al. Measuring Sexual Addiction and Compulsivity: A Critical Review of Instruments. Journal of Sex & Marital Therapy 36 (2010): 227-60.
- (78) กัลยา วาณิชย์ปัญญา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- (79) Schneider, J.P. Compulsive and addictive sexual disorders and the family. CNS Spectr 51(10) (2000): 53-62.
- (80) Safren, S.A., Reisner, S.L., Herrick, A., Mimiaga, M.J., Stall, R.D. Mental health and HIV risk in men who have sex with men. J Acquir Immune Defic Syndr 55 (2010) Suppl 2: S74-7.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัศมน กัลยาศิริ
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ชุติมา ห่อมเรืองวงษ์
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข.

แบบประเมินฉบับสมบูรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย

ความชุกของพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับ
การบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นายวิสุทธิ ดิสงฆานันต์
ที่อยู่ 45/24 ซอยเย็นอากาศ 2 ถนนเย็นอากาศ ยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
เบอร์โทรศัพท์ 08-1868-7612 หรือ 0-2671-2624 (มือถือและที่บ้าน)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเนื้อหาของการวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่ท่าน
จะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผล
และรายละเอียดของการศึกษาวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้
สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้
ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลง
นามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

สืบเนื่องจากความง่ายและสะดวกในการเข้าถึงสิ่งเร้าทางเพศ ไม่ว่าจะเป็น สิ่งพิมพ์ วิดีโอทัศน์ สถานบริการ
รวมถึงอินเทอร์เน็ตและเว็บไซต์ต่างๆ ที่สามารถเปิดโอกาสให้ผู้ใช้เวลาทำกิจกรรมทางเพศ ไม่ว่าจะเป็นการใช้
เวลาเพื่อความบันเทิงทางเพศคนเดียว หรือการนัดพบเพื่อทำกิจกรรมทางเพศกับคู่นอนชั่วคราว จากงานศึกษาวิจัยจาก
หลายโครงการในต่างประเทศ ความสะดวกง่ายดายในการเข้าถึงได้ของสิ่งเร้าทางเพศเหล่านี้ เป็นปัจจัยซึ่งมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในเรื่องเพศ และกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกของพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ใน
กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุดกลุ่มหนึ่งในประเทศไทยขณะนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา ของนิสิตปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนที่ท่านจะตกลง
เพื่อเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อหาความชุกของพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 149 คน ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางใน
การหาทางรักษาและช่วยเหลือ และเพื่อหาแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีรวมทั้งโรค
ภูมิคุ้มกันบกพร่องของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
หากไม่ได้รับการรักษา



คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Information sheet for research participant)

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้
ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อโดยตอบเพียงครั้งเดียว แบบสอบถามนี้ใช้เวลาตอบประมาณ 20-25 นาที โดยคำตอบและความเห็นของท่านทั้งหมดจะถูกปิดเป็นความลับ ท่านไม่จำเป็นต้องระบุชื่อหรือรายละเอียดอื่นๆ ที่บ่งถึงตัวท่านในแบบสอบถามนี้ การตอบแบบสอบถามทุกข้อจะเป็นประโยชน์ต่อการสรุปและนำผลที่วิเคราะห์ที่ได้ไปใช้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ท่านสามารถละเว้นการตอบได้โดยจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านและต่อการให้บริการของคลินิกกับท่านใดๆ ทั้งสิ้น

ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของการสรุปผลการวิจัยโดยรวมเท่านั้น

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

คำถามบางคำถามอาจจะทำให้ท่านรู้สึกอึดอัดเพราะเป็นคำถามเรื่องส่วนตัว ผู้วิจัยขอยืนยันว่าคำถามทุกข้อเป็นคำถามที่จำเป็นสำหรับกรวิจัย และขอกราบขออภัยมา ณ ที่นี้ที่คำถามอาจจะทำให้ท่านรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์ในอนาคต ได้ต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านที่ระบุในแบบสอบถามทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยตามความเป็นจริงทุกข้อ

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายวิสุทธิ์ ดิสภานุรัตน์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 08-1868-7612 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับ ค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน ในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่มีข้อมูลใด ๆ ของท่านที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านต่อสาธารณชนได้ทั้งสิ้น เพราะการตอบแบบสอบถามจะเพียงรหัสประจำโครงการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเก็บชื่อและที่อยู่ของท่านในเอกสารใด



คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Information sheet for research participant)

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้ตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการให้ความยินยอมของท่านโดยวาจา ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงโดยเฉพาะความไม่สบายใจที่จะต้องตอบคำถามในแบบสอบถาม
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบว่าท่านมีปัญหาด้านพฤติกรรมทางเพศ หรือมีปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ หรือภาวะวิตกกังวล
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยของท่านนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยการถอนตัวจากโครงการ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น
7. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ
ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นายวิสุทธิ ดิสงานูร์ตัน

นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรืองวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารแสดงความยินยอมทางวาจาเพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เลขที่ประชากรตัวอย่าง.....

ชื่อโครงการวิจัย **ความชุกของพฤติกรรมฆ่าทำในเรื่องเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มารับการบริการ ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย**

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย และข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ให้การรับรองว่าจะไม่มีการเข้าถึงข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าใดๆทั้งสิ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าซึ่งไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจโดยไม่มีการลงนาม



คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารแสดงความยินยอมทางวาจาเพื่อเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
ตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามส่วนที่ 1 - ข้อมูลส่วนตัว

- แบบสอบถามชุดนี้ ใช้เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนตัวสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการการศึกษาพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
- ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดก็ได้ในแบบสอบถามชุดนี้ โดยจะไม่เกิดผลเสียใดๆ ต่อตัวท่าน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ท่านตอบจะช่วยให้ทางผู้วิจัยเข้าใจลักษณะทั่วไปของท่านได้ดีขึ้นและทำให้งานวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น
- ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำมาใช้ในงานวิจัยเท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้จะไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้นต่อตัวท่านทั้งในทางส่วนตัวและทางกฎหมาย
- คำถามบางข้ออาจจะทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจ ทางผู้วิจัยต้องขออภัยไว้ล่วงหน้า และต้องขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง ที่ท่านกรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามชุดนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องสี่เหลี่ยม

1. วันที่ / เดือน / ปี พ.ศ. ที่เกิด / /
2. สภาพทางเพศของร่างกายท่านเป็นเพศใด?
 - 1 ชาย
 - 2 สวประเภทสอง ที่ยังไม่ผ่านการผ่าตัดแปลงเพศ
 - 3 สวประเภทสอง ที่ผ่านการผ่าตัดแปลงเพศแล้ว
3. สถานภาพสมรสในขณะนี้
 - 1 โสด หรืออยู่คนเดียว
 - 2 อยู่กับคู่ที่เป็นผู้ชาย
 - 3 มีคู่ที่เป็นผู้ชาย แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
 - 4 แต่งงานกับผู้หญิง แต่หย่าหรือแยกกันอยู่
 - 5 แต่งงานกับผู้หญิง และอยู่ด้วยกัน
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด?
 - 1 ประถมศึกษา
 - 2 มัธยมศึกษาตอนต้น
 - 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช
 - 4 ป.ว.ส / อนุปริญญา
 - 5 ปริญญาตรี
 - 6 ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. อาชีพหลักของท่านในปัจจุบัน คือ
 - 1 ไม่ได้ทำงาน
 - 2 นักเรียน / นิสิต / นักศึกษา
 - 3 ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย
 - 4 พนักงานบริษัทเอกชน / โรงงาน
 - 5 กรรมกร / ผู้ใช้แรงงาน

- 6 ทหาร / ตำรวจ
- 7 เกษตรกร
- 8 ชีบรถรับจ้าง / รถบรรทุก
- 9 ข้าราชการ / ลูกจ้างรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 10 ผู้ให้บริการทางเพศ (ในสถานบริการ สถานบันเทิง ร้านอาหาร/เครื่องดื่ม)
- 11 อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านมารับการตรวจรักษากับคลีนิคนิรนามครั้งนี้ด้วยเรื่องอาการ / โรคใด
- 1 มาตรวจเช็คสถานะการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) โดยไม่ได้มีอาการหรือโรคอะไร
- 2 มาตรวจเช็คสถานะการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) โดยมีอาการผิดปกติ ได้แก่
(.....)
- 3 มาเพราะแพทย์นัด
7. ท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่
- 1 ไม่ใช่
- 2 ใช่
- 3 ไม่ทราบ
- 4 ไม่ขอตอบ
8. ท่านมีโรคประจำตัวทางร่างกายหรือไม่
- 1 ไม่มี
- 2 มี ระบุชื่อโรค (.....เป็นมานาน.....)
ระบุชื่อโรค (.....เป็นมานาน.....)
ระบุชื่อโรค (.....เป็นมานาน.....)
9. ท่านเคยใช้สารเสพติดใดต่อไปนี้บ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ชา/กาแฟ/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ได้ก/เบ๊ปซี่ | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 2 ยาลดความอ้วน | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 3 ฝิ่น / เฮโรอีน / มอร์ฟีน | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 4 ยาบ้า / ยาตี // ยาไอซ์ | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 5 โคเคน | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 6 จีเฮชบี (GHB) | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 7 เคตามีน (Ketamine) | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 8 สารระเหย / กาว | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 9 ป๊อปเปอร์ส | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 10 ัญญา | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |
| <input type="checkbox"/> 11 อื่นๆ (ระบุ.....) | <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยใช้ | <input type="checkbox"/> 2 เลิกใช้แล้ว | <input type="checkbox"/> 3 ยังใช้อยู่ |

แบบสอบถามส่วนที่ 2 - เรื่องพฤติกรรมทางเพศ

กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องสี่เหลี่ยม

1. ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ ปี
(ทำเครื่องหมายในช่องนี้ หากท่านไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนเลย)
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพียงใด?
 - 1 ไม่มีความเสี่ยง
 - 2 มีความเสี่ยงเล็กน้อย
 - 3 มีความเสี่ยงปานกลาง
 - 4 มีความเสี่ยงสูง
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งหมดกี่คน?
 - 1 ไม่มีเพศสัมพันธ์ (หากท่านตอบข้อนี้ กรุณาข้ามไปตอบคำถามข้อ 14)
 - 2 มีเพศสัมพันธ์ ระบุจำนวนคู่นอน..... คน
 - 3 ไม่ขอตอบ
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เป็นเพศใดบ้าง? (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1 หญิง
 - 2 ชาย
 - 3 สวประเภทสอง ที่ยังไม่ผ่านการผ่าตัดแปลงเพศ
 - 4 สวประเภทสอง ที่ผ่านการผ่าตัดแปลงเพศแล้ว
 - 5 ไม่ขอตอบ
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยเป็นฝ่ายรับทางทวารหนักหรือไม่?
 - 1 ไม่มี
 - 2 มี
 - 3 ไม่ขอตอบ
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับ “คู่นอนประจำ” หรือไม่?
 - 1 ไม่ใช่
 - 2 ใช้บางครั้ง
 - 3 ใช้ทุกครั้ง
 - 4 ไม่ขอตอบ
7. ท่านทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ของ “คู่นอนประจำ” ของท่านหรือไม่?
 - 1 ทราบ
 - 2 คิดว่าทราบ
 - 3 ไม่ทราบ
 - 4 ไม่ขอตอบ

8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับ “คู่นอนชั่วคราว” หรือไม่
- 1 ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว (หากท่านตอบข้อนี้กรุณาข้ามไปตอบคำถามข้อ 12)
 - 2 ไม่ใช่
 - 3 ใช้บางครั้ง
 - 4 ใช้ทุกครั้ง
 - 5 ไม่ขอตอบ
9. ท่านทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ของ “คู่นอนชั่วคราว” ที่มีเพศสัมพันธ์กับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่
- 1 ไม่ทราบ
 - 2 ทราบเฉพาะของคู่นอนบางคน
 - 3 ทราบของคู่นอนทั้งหมดทุกคน
 - 4 ไม่ขอตอบ
10. ท่านเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี ที่แท้จริงของท่าน กับคู่นอนประจำ หรือคู่นอนชั่วคราว หรือไม่
- 1 ไม่เปิดเผย
 - 2 เปิดเผยโดยไม่ต้องถาม
 - 3 เปิดเผยเฉพาะเมื่อถูกถาม
 - 4 ไม่ขอตอบ
11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับ “ผู้ขายบริการทางเพศ” หรือไม่
- 1 ไม่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ
 - 2 ไม่ใช่
 - 3 ใช้บางครั้ง
 - 4 ใช้ทุกครั้ง
 - 5 ไม่ขอตอบ
12. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับ “ผู้ซื้อบริการทางเพศ” หรือไม่
- 1 ไม่ได้ขายบริการทางเพศ
 - 2 ไม่ใช่
 - 3 ใช้บางครั้ง
 - 4 ใช้ทุกครั้ง
 - 5 ไม่ขอตอบ
13. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับ “คู่นอนที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด” หรือไม่
- 1 ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด
 - 2 ไม่ใช่
 - 3 ใช้บางครั้ง
 - 4 ใช้ทุกครั้ง
 - 5 ไม่ขอตอบ

14. ท่านใช้หรือเคยใช้สารเสพติด (ได้แก่ ยาอี ยาไอซ์ จีเคซี เคตามีน) หรือยาที่ช่วยการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (เช่น Viagra, Karmaka, Cialis เป็นต้น) ก่อนที่จะทำกิจกรรมทางเพศกับคู่นอนหรือระหว่างการทำกิจกรรมทางเพศกับคู่นอนหรือไม่
- 1 ไม่ใช้
- 2 ใช้บางครั้ง โดยใช้ (ระบุชื่อยา/สาร).....
- 3 ใช้ทุกครั้ง โดยใช้ (ระบุชื่อยา/สาร).....
- 4 ไม่ขอตอบ
15. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ มีตุ่มน้ำบริเวณอวัยวะเพศ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองในแท้ หนองในเทียม เริม ซิฟิลิส หรือไม่
- 1 ไม่มีเลย
- 2 มี
- 3 ไม่แน่ใจ
- 4 ไม่ขอตอบ
16. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง รวมกี่ครั้ง
- 1 จำนวนครั้งต่อสัปดาห์
- 2 ไม่มีเพศสัมพันธ์หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง
- 3 ไม่ขอตอบ
17. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อความบันเทิงทางเพศหรือเพื่อค้นหาคู่นอน บ่อยเพียงใด
- 1 ได้ใช้ (เป็นจำนวนครั้ง ต่อสัปดาห์)
- 2 ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตในเรื่องทางเพศ
- 3 ไม่ขอตอบ
18. การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงทางเพศหรือเพื่อค้นหาคู่นอนของท่านในแต่ละครั้ง ใช้เวลาเฉลี่ยเท่าใด
- 1 ใช้เวลาเฉลี่ยชั่วโมงต่อครั้ง
- 2 ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตในเรื่องทางเพศ
- 3 ไม่ขอตอบ
19. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้เวลาหมดไปเกี่ยวกับเรื่องเพศประมาณ.....ชั่วโมง ต่อวัน
20. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยขาดงาน ไปทำงานสาย หรือขาดเรียน ไปเรียนสาย เพราะกิจกรรมทางเพศของท่านหรือไม่
- 1 ไม่เคย
- 2 เคย จำนวนครั้ง (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา)

แบบสอบถามส่วนที่ 3 - เรื่องพฤติกรรมย่ำทำในเรื่องเพศ

คำชี้แจง ข้อความ 10 ข้อด้านล่างนี้ เป็นข้อความที่ใช้เป็นคำอธิบายตัวคุณ กรุณาอ่านทีละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (X)

ลงในช่องสี่เหลี่ยมทางขวาของแต่ละข้อความที่คุณคิดว่าอธิบายตัวคุณได้ดีที่สุด (1 คำตอบต่อ 1 ข้อคำถาม)

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงเป็นส่วนมาก	จริงมากที่สุด
1. ความต้องการทางเพศของฉันส่งผลกระทบต่อ				
.....				
2. ความคิดและพฤติกรรมทางเพศของฉันก่อให้เกิด				
.....				
3. ความต้องการมีเพศสัมพันธ์รบกวน				
.....				
4. บางครั้งพฤติกรรมทางเพศของฉันทำให้ฉัน				
.....				
5. บางครั้งฉันมีอาการทางเพศมากจน				
.....				
6. ฉันคิดถึงเรื่องเพศขณะ				
.....				
7. ฉันรู้สึกว่าคุณสมบัติและความรู้สึกทางเพศของฉัน.....				
.....				
8. ฉันต้องต่อสู้กับตัวเองอย่างมากในการ				
.....				
9. ฉันคิดถึงเรื่องเพศมากกว่าที่ควร				
10. การหาคุณอนที่ต้องการมีเพศสัมพันธ์.....				
.....				

แบบสอบถามส่วนที่ 4 – แบบคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

คำชี้แจง คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของท่าน โดยแอลกอฮอล์หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ ไวน์ เป็นต้น โปรดกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่อง

ข้อความ	0	1	2	3	4
1. ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย (จบการ สัมภาษณ์)	เดือนละ ครั้งหรือ น้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ไปต่อ สัปดาห์
2. เวลาที่ท่านดื่มแอลกอฮอล์โดยทั่วไปแล้ว ท่านดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน (เลือกตอบเป็นเบียร์ ข้อ ก. หรือเหล้าวิสกี้ ข้อ ข. เพียงข้อเดียว)					
ก. ถ้าเทียบเป็นปริมาณเบียร์ สเปย์ (เช่น ซ้าง, สิงห์, คอลสเตอร์, คาร์ลสเบอร์กส์, ลีโอ, ไทเกอร์, ไฮเนเกน เป็นต้น	1 - 1.5 กระป๋อง	2-3 กระป๋อง	3.5 - 4 กระป๋อง	4.5 - 7 กระป๋อง	7 กระป๋อง ขึ้นไป
ข. ถ้าเทียบเป็นปริมาณเหล้า เช่น แมงโขง, หงส์ทอง, หงส์ทิพย์, เหล้าขาว 40 ดีกรี เป็นต้น	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 1/2 แบนขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุก วัน
4. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่ท่านพบว่าท่านไม่สามารถหยุดดื่มได้หากท่านได้เริ่มต้นดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุก วัน
5. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่ท่านไม่ได้ทำสิ่งที่ท่านควรจะทำตามปกติ เพราะท่านมัวแต่ไปดื่มแอลกอฮอล์	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุก วัน
6. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่ท่านต้องรีบดื่มแอลกอฮอล์ทันทีในตอนเช้าเพื่อที่จะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้าง หรือมือสั่น จากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุก วัน

ข้อความ	0	1	2	3	4
7. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่ท่านรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากท่านได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่ท่านดื่มแอลกอฮอล์เข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
8. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่ท่านไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะท่านได้ดื่มแอลกอฮอล์เข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่นเคยได้รับการบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ของท่านหรือไม่	ไม่เคยเลย	-	เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นใน	-	เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปี
10. เคยมีแพทย์หรือบุคคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่ออาการดื่มแอลกอฮอล์ของท่านหรือไม่	ไม่เคยเลย	-	เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว	-	เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

แบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 12)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย (X) ในช่อง หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถาม ทุกข้อ

ในระยะ 2 ถึง 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. ท่านสามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้
 - 1 ดีกว่าปกติ
 - 2 เหมือนปกติ
 - 3 น้อยกว่าปกติ
 - 4 น้อยกว่าปกติมาก
2. ท่านนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
 - 1 ไม่เลย
 - 2 ไม่มากกว่าปกติ
 - 3 ค่อนข้างมากกว่าปกติ
 - 4 มากกว่าปกติมาก
3. ท่านรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ
 - 1 มากกว่าปกติ
 - 2 เหมือนปกติ
 - 3 น้อยกว่าปกติ
 - 4 น้อยกว่าปกติมาก
4. ท่านรู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้
 - 1 มากกว่าปกติ
 - 2 เหมือนปกติ
 - 3 น้อยกว่าปกติ
 - 4 น้อยกว่าปกติมาก
5. ท่านรู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา
 - 1 ไม่เลย
 - 2 ไม่มากกว่าปกติ
 - 3 ค่อนข้างมากกว่าปกติ
 - 4 มากกว่าปกติมาก
6. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่าง ๆ ได้
 - 1 ไม่เลย

2 ไม่มากกว่าปกติ

3 ค่อนข้างมากกว่าปกติ

4 มากกว่าปกติมาก

7. ท่านสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้

1 มากกว่าปกติ

2 เหมือนปกติ

3 น้อยกว่าปกติ

4 น้อยกว่าปกติมาก

8. ท่านสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ของตัวเองได้

1 ดีกว่าปกติ

2 เหมือนปกติ

3 น้อยกว่าปกติ

4 น้อยกว่าปกติมาก

9. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง

1 ไม่เลย

2 ไม่มากกว่าปกติ

3 ค่อนข้างมากกว่าปกติ

4 มากกว่าปกติมาก

10. ท่านรู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป

1 ไม่เลย

2 ไม่มากกว่าปกติ

3 ค่อนข้างมากกว่าปกติ

4 มากกว่าปกติมาก

11. ท่านคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า

1 ไม่เลย

2 ไม่มากกว่าปกติ

3 ค่อนข้างมากกว่าปกติ

4 มากกว่าปกติมาก

12. ท่านรู้สึกมีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ

1 มากกว่าปกติ

2 เท่า ๆ ปกติ

3 น้อยกว่าปกติ

4 น้อยกว่าปกติมาก

แบบสอบถามส่วนที่ 6 – แบบวัดภาวะวิตกกังวล

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ใช้สำหรับการบรรยายตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องที่อยู่ทางด้านขวาของข้อความ เพื่อพิจารณาว่า **โดยทั่วไป** ท่านรู้สึกอย่างไร ข้อความเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบในข้อใดนานเกินควร โปรดเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายตัวของท่านได้ดีที่สุด

โดยทั่วไป	เกือบไม่มีเลย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. ฉันเป็นคนน่าคบ				
2. ฉันรู้สึกประหม่าและตื่นตัวได้ง่าย				
3. ฉันรู้สึกพึงพอใจในตนเอง				
4. ฉันปรารถนาให้ตนเองมีความสุข				
5. ฉันรู้สึกเหมือนเป็นคนล้มเหลว				
6. ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
7. ฉันเป็นคนสงบ ใจเย็น และมีสติ				
8. ฉันรู้สึกว่าปัญหามีมากขึ้นทุกวันจนจะสู้ไม่ไหวแล้ว				
9. ฉันกังวลมากเกินไปในสิ่งที่จริงๆ แล้วดูไร้สาระ				
10. ฉันเป็นคนมีความสุข				
11. ฉันมีความคิดที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ				
12. ฉันขาดความเชื่อมั่นในตนเอง				
13. ฉันรู้สึกมั่นคงปลอดภัย				
14. ฉันเป็นคนที่สามารถตัดสินใจได้ง่าย				
15. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น				
16. ฉันรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตตนเอง				
17. ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่ตนเองมีความคิดที่ไร้สาระ				
18. ฉันไม่ลืมความผิดพลาดของตัวเองและไม่สามารถสลัดออกไปได้				
19. ฉันเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. เมื่อคิดถึงสิ่งที่ฉันเป็นห่วง ทำให้ฉันเครียดและว่าวุ่นใจ				

ภาคผนวก ค.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตาราง ค.2 แสดงผลการวิเคราะห์แบบวัดพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ จำนวน 10 ข้อ จากการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ (Corrected item – Total Correlation) และค่า Cronbach's Alpha ของแบบวัดในกรณีที่ข้อคำถามนั้นถูกตัดออก (Cronbach's Alpha If Item Deleted)

คำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ความต้องการทางเพศของฉันส่งผลกระทบต่อ.....	.579	.842
2. ความคิดและพฤติกรรมทางเพศของฉันก่อให้เกิด.....	.558	.844
3. ความต้องการมีเพศสัมพันธ์รบกวน.....	.736	.827
4. บางครั้งพฤติกรรมทางเพศของฉันทำให้ฉัน.....	.374	.856
5. บางครั้งฉันมีอาการทางเพศมาก.....	.347	.857
6. ฉันคิดถึงเรื่องเพศขณะทำงาน	.638	.837
7. ฉันรู้สึกว่าคุณคิดและความรู้สึกทางเพศ.....	.671	.832
8. ฉันต้องต่อสู้กับตัวเองอย่างมากในการ.....	.739	.826
9. ฉันคิดถึงเรื่องเพศมากกว่า.....	.548	.844
10. การหาคุณอนที่ต้องการมีเพศสัมพันธ์.....	.473	.850
ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ของแบบวัดพฤติกรรมย้ำทำในเรื่องเพศ (10 ข้อ) จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน		.856

ตาราง ค.4 แสดงผลการวิเคราะห์แบบวัดความวิตกกังวลแบบติดตัวจำนวน 20 ข้อ จากการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมความวิตกกังวลแบบติดตัว (Corrected item – Total Correlation) และค่า Cronbach's Alpha ของแบบวัดในกรณีที่ข้อคำถามนั้นถูกตัดออก (Cronbach's Alpha If Item Deleted)

คำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ฉันเป็นคนน่าคบ	.199	.863
2. ฉันรู้สึกประหม่าและตื่นตัวง่าย	.265	.860
3. ฉันรู้สึกพึงพอใจในตนเอง	.420	.854
4. ฉันปรารถนาให้ตนเองมีความสุข	-.257	.879
5. ฉันรู้สึกเหมือนเป็นคนล้มเหลว	.407	.855
6. ฉันรู้สึกว่าได้พักผ่อน	.431	.854
7. ฉันเป็นคนสงบ ใจเย็น และมีสติ	.404	.855
8. ฉันรู้สึกว่าปัญหามีมากขึ้นทุกวันจนจะสู้ไม่ไหวแล้ว	.436	.854
9. ฉันกังวลมากเกินไปในสิ่งๆแล้วดูไร้สาระ	.737	.841
10. ฉันเป็นคนมีความสุข	.611	.846
11. ฉันมีความคิดที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ	.479	.852
12. ฉันขาดความเชื่อมั่นในตนเอง	.659	.846
13. ฉันรู้สึกมั่นคงปลอดภัย	.471	.852
14. ฉันเป็นคนที่สามารถตัดสินใจได้ง่าย	.638	.846
15. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอในการ.....	.499	.851
16. ฉันรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตตนเอง	.700	.843
17. ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่ตนเองมีความคิดที่ไร้สาระ	.479	.852
18. ฉันไม่ลืมความผิดหวังของ.....	.643	.846
19. ฉันเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย	.499	.851
20. เมื่อคิดถึงสิ่งที่ฉันเป็นห่วง ทำให้.....	.384	.856
ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ของแบบวัดความวิตกกังวลแบบติดตัว (20 ข้อ) จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน		.860

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นายวิสุทธิ ดิสงฆานูรัตน์
เกิดเมื่อวันที่	22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2507 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2529	สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (สถาปัตยกรรมศาสตร์บัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2) ภาควิชาสถาปัตยกรรม คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2529 - 2547	ทำงานในตำแหน่ง ผู้จัดการทั่วไป บริษัท ซี แอล แอนด์ เอ จำกัด
พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน	ทำงานในตำแหน่ง ผู้จัดการทั่วไป บริษัท โมนิฟิท (ประเทศไทย) จำกัด และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553